



**ПОЛИТИКА ЗА УПРАВЛЕНИЕ НА РИСКА, СВЪРЗАН С
ПОДПИСВАЧЕСКАТА ДЕЙНОСТ И ЗАДЕЛЯНЕТО НА
ТЕХНИЧЕСКИ РЕЗЕРВИ**

Политика за управление на подписваческия риск

I).Типове и характеристики на застрахователната дейност. Видове застрахователен риск поет от Кооперацията.

Видовете застрахователен риск, поет от Кооперацията се определят от получения от нея лиценз. Планира се в обозримо бъдеще да се кандидатства за разширяване обхвата на лиценза със застраховка "ИЗКУПУВАНЕ НА КАПИТАЛ". Основната задача на животозастраховането осъществявано от Кооперацията е да осигури достатъчно добро подпомагане на застрахования в случай на доживяване края на застрахователния период или преди това, или при намаление на неговата трудоспособност, или да му помогне при животоспасяващо лечение, или да обезпечи наследниците му в случай на неговата смърт. С оглед на това застраховките „Живот” осигуряват застрахователна закрила на живота, здравето и телесната цялост на застрахования или трето лице срещу събития, свързани с увреждания на здравето или смърт, като при тяхното настъпване или при настъпване на определени в договора условия.

Обект на животозастраховането е лично или чуждо, неимуществено благо. Със застрахователния договор по тези застраховки не могат да се покриват вреди, причинени на материалните ценности на застрахования. Някои автори считат, че договорът за застраховките „Живот” не обезпечава закрила и срещу разносните по лечението и възстановяването на увреденото здраве на застрахования или на трето лице – това не е така. Ако е необходимо застрахованият да се подложи на животоспасяващо лечение или операция и той разчита само на ЗС, то тя следва да му бъде изплатена с цел, той да остане сред живите и съвкупността на Кооперацията, ако това зависи от предплащането на ЗС. Обратното схващане е безнадеждно остаряло и лишено от морал. Това е една от най-съществените разлики на СиВЗК с всички останали застрахователи по застраховки "Живот", и пряка проява на взаимността, наричана по-нататък още и "мутуализъм".

Субекти на застраховките „Живот” могат да бъдат всички пълнолетни граждани. Максималната възраст, до която могат да бъдат застраховани лицата се определя от Общите условия (ОУ). Застраховките се сключват с относително или напълно здрави хора на определена възраст. В повечето ОУ на Кооперацията се изисква застрахованите лица да бъдат на възраст между 18 и 70 години при сключването на застраховката. Застраховките обаче могат

да се сключват и с не напълно здрави лица. Необходимо е обаче те да заявят здравословното си състояние (страданията, болестите си) към момента на сключването на застрахователния договор, като попълнят и подпишат съответната здравна декларация по образец на застрахователя. В зависимост от предоговорната информация в попълнените документи, застрахователят може да изисква лекарски преглед или други доказателства относно здравословното състояние. Степента на доказване на здравословното състояние при сключването на застрахователните договори по “Живот” е обвързана с тарифите на застрахователя. Когато застрахователната сума надвишава определен размер е необходимо договорът да се сключи след задължителен и обстоен лекарски преглед. Истината относно здравословното състояние на застрахования не пречи на сключването на застрахователен договор по застраховките “Живот”, но се отразява на неговите елементи, като времетраене, размер на застрахователна сума и на застрахователна премия. Колкото е по-сериозно и с неблагоприятна прогноза заболяването на застрахования, толкова рискът е по-голям и времетраенето на застраховката може да е по-малко, а премията – по-висока. В този случай е налице т.нар. “утежнен риск”, върху който оказват влияние не само възрастта и здравето на застрахования, а и неговата професия и вида на производството, в което работи, както и неговите хоби-рискове. Понякога хоби-рисковете са от определящо значение на застрахователния договор.

Покрит риск чрез животнозастраховането е неопределената продължителност на човешкия живот, вероятността за настъпване на смърт, за нарушаване на трудоспособността и за надживяване на определен период. Животнозастраховането според използваната застрахователна техника и потребността, която задоволява, се отнася към застрахователния бранш “застраховане на сума”. Всяко лице може да избере свободно застрахователната сума, за която желае да се застрахова. Той може да притежава толкова застраховки “Живот”, колкото желае и има възможност да поддържа, защото стойността на човешкия живот и/или икономическата вреда, причинена от смъртта на застрахования, не могат да бъдат обективно оценени ефективно и морално. В съответствие със своите способности (възможности), потребности, желания и интерес, клиентът избира вида на застрахователния договор, с който да застрахова своя живот. Застраховките „Живот” имат свои отличителни особености. Основните от тях са следните:

а) при тях се наблюдава непрекъснато нарастване на риска с течение на годините на застраховката, тъй като вероятността за смърт се увеличава с нарастване на възрастта на застрахования;

б) неизвестността при животозастраховането е свързана с продължителните срокове на застрахователните договори и значителната времева разлика между плащането на застрахователните вноски и валидността на гарантираното застрахователно покритие;

в) наличието на спестовен елемент при застраховките “Живот” допринася за натрупване на привлечен капитал в значителен размер и за продължително време, поради дългосрочния характер на застраховките; успоредното движение и дългосрочната връзка на спестовния процес и рисковото покритие изисква СиВЗК да прави предпазлива калкулация на застрахователната премия, съобразявайки се със средната смъртност на населението, промените в лихвените проценти, разходите за поддържането и обслужването на застраховката и риска причинен от проявяването на известна "небрежност" на сключващият застрахователният договор, наричан още **"подписвачески риск"**;

г) при животозастраховането на СиВЗК застрахователната защита има универсален характер, като покрива всички опасности, без оглед на конкретната причина за тяхното настъпване; затова при настъпване на посочените по застрахователния договор рискове, застрахователното покритие става валидно, без да се доказва размера на вредата, тъй като в животозастраховането не съществуват частични или пълни щети; застрахователят ще изплати застрахователната сума при всички случаи на причинена смърт, или част от нея – при нарушена трудоспособност (с изключение на изрично посочените в Общите условия на застраховката или в застрахователния договор случаи на непокрити рискове); от тук произхожда и непознатата в имущественото застраховане невъзможност за отказ или прекратяване на застрахователния договор от страна на застрахователя (освен в случаите, когато застрахования престане да внася застрахователната премия, закъснее с нейното плащане, повече от определените срокове или укрие важни обстоятелства, водещи до нарастване на поетия застрахователен риск); при тези обстоятелства всякакво нарастване на риска по застраховките “Живот” води до затруднения за застрахователя;

д) прилагането на еквивалентния принцип в животозастраховането изисква, от една страна, прецизни изчисления при калкулирането на застрахователната премия, защото дългия период на застрахователните договори и нарастването на възрастта на застрахования водят до промяна в размера на риска, а от друга страна, еквивалентността в калкулирането трябва да се преценява не само за отделната година, но и за целия период на застраховката.

При съставянето на застрахователните калкулации за животозастраховането най-труден е проблемът за правилния избор на сметните основи. Основните сметни елементи, които оказват влияние върху калкулирането на застрахователната премия са големината на риска, лихвата и разходите (*първоначалните разходи по сключване на застраховката, разноските за текущата издръжка на застрахователното дружество и аквизиционни и инкасови комисиони на посредниците наричани в застраховането още и разноски*). Те трябва така да бъдат подбрани, че да не накърняват интересите нито на застрахователя, нито на застрахованите. За да се постигне това е необходимо да се осигури финансова стабилност на застраховката. Надзорният орган следи начина на подбиране на сметните елементи, формирането на застрахователните резерви и тяхното инвестиране. Застрахователят трябва чрез инвестирането на средствата и осъществяваната дейност да се стреми да осигури достатъчно приходи за посрещане на текущите плащания и за заделянето на технически и други резерви, от които в края на застрахователния период или при настъпване на договорираният условие да извърши плащанията към застрахованите. Заедно с това не е без значение и определената техническа лихва за олихвяване на активите, с които са покрити техническите резерви на застрахованите, за да са заинтересовани те от продължителното влагане на средствата в животозастраховките. Във връзка с правната форма на съществуване на СиВЗК и точността в пресмятанията е от изключително значение размера на застрахователната съвкупност. Никой застраховател не е в състояние да се издържа само от инвестициите на собствения си капитал и по тази причина се изчисляват нетни премии, необходими за застрахованите лица, които се брутират с различни видове разноски.

II). Осигуряване на адекватност на премийните приходи за покриване на очакваните претенции и разходи.

1) Калкулируеми разноски към нето-премиите на СиВЗК.

Основният продукт на застрахователната дейност е застрахователната защита. Продукцията във всички стопански отрасли има цена, която е по-висока от нейната себестойност. Тя съдържа в себе си разходите за реализация, калкулираната печалба, данъчни и парафискални такси и др. По това застрахователната услуга не се различава от другите дейности. Застрахователят, който предлага застрахователната защита не може да си позволи да събира като застрахователна вноска само средствата, необходими за покриването на риска. Освен тях той е принуден да прави и други плащания, които са свързани с издръжката на застрахователната дейност. Глобално за цялото предприятие можем да кажем, че това са разходите за образуването, управлението и разпределението на ЗТР, плащане на фискални, парафискални, надзорни, одиторски, агентски и други такси и комисионни. В застрахователната терминология, често тези плащания се обхващат с понятието разноски. В частност за отделните застраховки това са средствата, необходими за сключването, поддръжката и ликвидацията на застрахователните договори.

Застрахователната услуга е възмездна услуга и като такава разноските за нейната реализация, застрахователят няма възможност да покрие от друго място освен с калкулирането им към вноската. Това са т.нар. добавки за разноски, чрез които се осигурява издръжката на застрахователното предприятие. Възмездната застрахователна услуга не се различава от другите стоки и услуги на пазара – за тях също се калкулират разноските за производството им в цената, но формирането на цената на застраховката най-много прилича на формирането на цената на инвестиционното злато.

Необходимо е да се прави разлика между разходи и разноски в застраховането. Разходите съдържат в себе си освен разноските за издръжка и плащанията свързани с риска. Тези плащания са обусловени от големината на риска и се покриват от нето-премията. Това са плащания, които застрахователя извършва при настъпването на застрахователни събития. Естеството на застрахователната работа не позволява от тях да се правят икономии или преразходи. В противен случай би се накърнил обществения имидж на предприятието, ако застрахователят не плаща, или финансовата стабилност, ако се разпиляват средства за неправомерни плащания.

Разноските са третият сметен елемент, който се взема под внимание при калкулацията на застрахователната вноска по животозастраховане. Те, при условие, че няма други добавки биха могли да се представят като разлика

между достатъчната и нето-вноската. Следователно те са част от бруто-застрахователната вноска и оказват влияние върху цената на застрахователната защита. Застрахователите за да бъдат конкурентноспособни на застрахователния пазар се стремят да намалят застрахователната вноска. Това може да стане като се реализират икономии от разноски, като се оптимизира работата по организирането на застрахователната дейност. Работата на застрахователния персонал следва да се организира така, че да се получат оптимални резултати с по-малко средства. Реализираните икономии са печалби на Кооперацията и непрекъснато се изследват. Ако тази печалба се регистрира за по-продължително време, застрахователят би могъл да намали вноската с намаляването на добавката за разноски, но при една по-друга "мутуалитетна" законова рамка – различна от рамката на закона към началото на 2015г. Така привличайки повече клиенти би се подобрило изравняването на риска в съвкупността на застрахователя и може да се очаква печалба от развитието и обслужването на риска.

2.) Особенности на разноските.

Поради дългосрочния характер на животозастраховането разноските, които се калкулират в него са по-високи от тези в имущественото застраховане. Необходимо е да се задели определена част от разноските за издръжка на Кооперацията за целия период на действие на застраховката. При проучване на разноските трябва да се имат предвид техните специфични особености.

Размерът на разноските може да бъде установен точно само ако има сметка, по която те се отчитат. При това трябва да се отчита диференцирано според техния вид. Така лесно може да се изчисли основата за добавката на разноски.

Всеки вид разноски трябва да се съпоставя с техния източник, което е от значение за установяване целесъобразността на разноските. Всяко завишение на разходите за издръжка лесно може да се анализира и предотврати, като се установят причините за възникването му, а **в случаите на небрежност на подписвачите, те могат и следва да бъдат лишени от полагащите им се разноски, като същите бъдат използвани от Кооперацията за подкрепа на плащанията произтичащи от застрахователните договори към застрахованите лица.**

В зависимост от увеличаването или намаляването на разноските през определен период от време спрямо друг, приет за база, не може да се съди за

рентабилността на Кооперацията. При разширяването на номенклатурата от предлаганите услуги или при излизане на нови пазари се увеличава абсолютния размер на разноските, но това не значи, че се е влошила дейността на застрахователя. И обратното: не винаги свиването на разноските означава положителен резултат, макар СиВЗК да реализира основно печалбата си от икономията на разноски.

Разноските следва да се третираат последователно в зависимост от техния характер и вид. Така например зависимите от застрахователно-техническите величини, могат да се представят чрез тях, като процент от вноската или промил от застрахователната сума. А независимите се калкулират като абсолютна стойност във вноската, или предварително се разпределят по съответен ключ и се отнасят след това.

Когато застрахователно-техническият екип (ЗТЕ или наричан още по смисъла на Директива 138/2009/ЕС – административен съвет) иска да има ясна представа за цената на застрахователната защита, трябва да изчислява всички разноски в процент от премиите. Но в този случай е възможно да се получи обременяване на застрахователната сума с по-голям размер разноски от действително извършените. При наличие на повече такива застраховки ще се получи положителен финансов резултат от разноски, което е позитивен знак от взаимен характер и ресурс за проявлението на мутуализма.

Другата характерна особеност на разноските е, че те трябва да се разпределят така, че да покрият нуждите на застрахователя за целия период на валидност на договора. Когато срокът за плащане на вноските е по-къс от срока на застрахователния договор, следва да се образува резерва за покриване на плащанията, когато няма постъпления от вноски. Причината е в т.нар. “постоянни разноски”. При определяне на този "резерв", трябва да се има предвид, че разноските значително намаляват през този период, когато не се плащат премии. При намаляване на притока от нови застраховки и свиване на застрахователната съвкупност относителният размер на разноските расте. Тогава постоянните разноски се разпределят върху по-малко на брой застрахователни вноски. В такъв случай новият приток не компенсира излизането на застрахователния състав и увеличаването на процента на разноските расте. Ако тази тенденция се запази, трябва да се увеличи застрахователната вноска за бъдещите застраховки. И обратно: с увеличаване броя на застраховките относителния размер на разноските намалява, тъй като независимите разноски запазват почти същите си абсолютни размери.

Разноските самостоятелно не могат да дадат точна представа за дейността. За тази цел трябва да се сравни изменението им с другите застрахователно-технически основи. Развитието на риска зависи от **качеството** на застрахователния състав и на **новия** приток. Трябва да се отчетат факторите, които влияят върху разноските, начина на организиране на работата на персонала, на събиране на премиите, комбинацията от видовете застраховки. Да се направи анализ на производствените фактори и да се търсят начини за оптимизирането им.

3). Видове разноски

В застрахователната теория битуват множество мнения за групировка на разноските. Тази групировка може да се извърши по различни признаци. Необходимо е да се изгради цялостна система за разграничаване на разноските. Така лесно ще се реши въпросът с калкулирането им в застрахователната вноска и възможностите за снижаването им. За основа на пресмятане на добавките за разноски се използват сумите им през преходните години. Данните за това се взимат от счетоводството или собствената статистика. Когато разноските се класифицират според характера и същността им – улесняват плановата дейност на застрахователя. В зависимост от признаците, са обособими няколко класификации.

а) В практиката на Кооперацията се прави деление в зависимост от източника на разноските. Може да се разделят на разноски за вътрешната служба и външна мрежа.

Към външната мрежа се отнасят всички лица, които сътрудничат на застрахователя при осъществяване на неговата дейност. Това са най-вече застрахователните посредници, консултанти и техните комисионни, **одобрени** от застрахователя. Към тази група разноски са и разходите за вещи лица, за лекарски хонорари и други външни услуги.

Разноските за вътрешната служба са предимно заплатите, осигуровките и командировъчни на щатния персонал.

б) Разноските в зависимост от работата, за която са извършени от гледна точка на разсрочването им във времето са: еднократни и текущи. Еднократните се извършват наведнъж при придобиване на нова застраховка. Докато текущите се правят в продължение на целия период на действие на застрахователния договор. Ако вноската се събира еднократно или срокът на

събиране на вноската е по-къс от този на застраховката, то следва Кооперацията да заделва резерв за текущите разноски.

в) Наложително е разноските да се разпределят не само по видове разноски, но и по видове застраховки. Така може да се прецени ефективността на всеки вид застраховка и нейната разходоёмкост спрямо останалите. От тук и делението на разноските на преки и общи. Преки са онези разноски, които могат да бъдат отнесени изцяло при извършването им към даден вид застраховане или отделна застрахователна полица. Такива разноски от чист вид са инкасовите комисионни, като такива се третира още възнаграждението на посредниците, лекарските хонорари, разходите по ликвидация и др.

Общите разноски обратно не могат да бъдат причислени към отделна застраховка. Те трябва да бъдат разпределени върху целия застрахователен състав. При това положение възниква въпроса за правилното им разпределение между отделните видове застраховки, за да не се получи обременяване на едни за сметка на други. Към групата на общите разноски спадат предимно разходите за управлението и персонала, за помощни материали, амортизационни отчисления, реклами и др. Този вид разноски също трябва да се покрие от средствата на застрахования, което изисква калкулирането му в добавка за разноски. Тъй като не можем да ги отнесем към конкретен вид застраховане трябва да се състави начин за разпределение между вноските. Разпределението на общите разноски протича на два етапа:

1. Разпределение на общите разноски по видове застраховане.
2. Разпределение на общите разноски в даден вид застраховане по видове разноски.

Точен метод на това разпределяне може да се изработи. Той трябва да бъде зададен предварително и на база на него да се извършва калкулацията на процента на разноските за новопостъпващите застраховки. За база на разпределението могат да се използват различни показатели: застрахователните вноски, застрахователните суми, броя и заплатите на служителите, сумата на преките разноски и др. В практиката разпределението на общите разноски се извършва текущо.

Разпределението на разноските може да стане и извънсчетоводно, съгласно възприетия застрахователно-технически план, като се следи сумарно разноските да не надхвърлят калкулираното в ЗТП.

г) Деленето на разноските е според характера на конкретния елемент от застрахователната дейност, за който се извършват. Това са трите големи групи разноски – аквизиционни, инкасови и административно-стопански. Тази групировка е отразена и в застрахователно-техническия план на Кооперацията и е основа за изчисляване на бруто-премиите. Възможно е обособяването и на повече групи разноски.

1. *Организационни* – разноските, които застрахователното предприятие извършва при започване на дейността си. Това е остаряла форма на финансиране, която СиВЗК не е използвала, дори при учредяването си.

2. *Аквизиционни разноски* – всички онези средства, които имат за цел придобиването на нова продукция. Те биха отпаднали, ако новия приток на застраховки бъде спрял. Най-голям дял от тези разноски се пада на аквизиционната комисионна – тя е възнаграждението на лицето, продало една нова застраховка. **Една от най-важните части на настоящата политика е задължителността аквизиционните комисионни да се отлагат за бъдещи отчетни периоди и да се изплащат на посредниците, само при условието, че набавената от тях "продукция" е с добро качество. Този процес се контролира най-лесно, когато вместо посредници се ползват щатни подписвачи или пък работата на посредника е под силната опека на щатния служител и в зависимост от него.**

3. *Инкасови разноски* – извършват се във връзка със събирането на застрахователните вноски през втората и следващите години и за полагане на грижи за застрахователния състав. Изчислява се в процент от бруто-премията и най-голям дял в тези разноски има инкасовата комисионна.

4. *Управленски /административно-стопански разноски/* - разходите за застрахователя във връзка с управлението на застрахователната дейност, средствата за организация и управление на ЗТР. По-голяма част е предвидена за заплащане труда на щатния персонал. Това са предимно общи разноски за счетоводната служба, статистическата служба, математическото и правното отделения, за наеми на помещения, осигурителни вноски, командировки, ремонти, канцеларски разходи, пощенски и банкови услуги, данъци и др. Характерно за тези разноски е, че те не могат да се разглеждат в зависимост

от застрахователната вноска или застрахователната сума. Зависят предимно от условията, в които работи дружеството, обема на извършената работа и са относително постоянни. В края на отчетния период се разпределят по видове застраховки.

5. *Разноски за управление на имуществото* – те са самостоятелно обособена част от управителните разноски. Разглеждат се отделно, тъй като са разхода за дейности, които не са основна дейност на застрахователното предприятие. Това са разходи за поддържане на недвижими имоти, съдебни и нотариални разноски за вписване в ипотeki и др. В животозастраховането те зависят от размера на премийните резерви. Те представляват средства за инвестиране и колкото по-голям е размера им, толкова по-големи са разноските за инвестициите.

6. *Сторно разноски* – извършват се при нормално напускане на застрахованите от съвкупността. С оглед на разноските, които е извършила при сключване на договора, Кооперацията определя срок, след който сторното е невъзможно, т.е. не връща вноската на застрахования и след този срок той санкционира сторнирането. Тъй като напускането на застрахователната съвкупност влошава дейността на застрахователя, тези вноски са нежелани и са дали пряк облик на дейността на СиВЗК, която от 2006г. отчита нето-премийни резерви и **аквизиционни разноски по метод2**. от Наредба №30 на КФН.

7. *Ликвидационни вноски* – разходите, които прави застрахователя при настъпването на застрахователно събитие. Те са преки разноски – могат да бъдат отнесени към конкретен вид застраховане. Това са комисионните на ликвидатори, възнагражденията на вещи лица, съдебни разноски, разходите за кореспонденция във връзка с настъпването на застрахователно събитие. Тези разноски са зависими от щетата и от развитието на риска, пресмятат се в процент от нето-премията.

д) Според връзката им с избрани базови величини разноските биват постоянни и променливи спрямо времето. Постоянни са онези, които не се влияят от изменението на базовата величина, приета за тяхна оценка във времето. Променливите могат да следват различни тенденции – пропорционално нарастващи или намаляващи, прогресивно изменящи се или регресивно променливи.

Разноските като сметен елемент:

1.) Математически израз на разноските

Разноските в животозастраховането се явяват третият сметен елемент след риска и лихвата и чрез възприетия начин на отчитане и величините на тяхната калкулация влияят позитивно или негативно или поне рисково, както на ТР така и на репутацията на застрахователя. За да се определи достатъчната застрахователна вноска трябва да се вземе предвид и размера на разноските, изчислява се т.нар. добавка за разноски. От математическа гледна точка за калкулацията им във вноската значение има продължителността на извършване на разноските и начина на пресмятането им – дали могат да се изчислят в процент от вноската или в промил от застрахователната сума. На база тези показатели разграничаваме три вида разноски :

а) *Аквизиционни разноски* – както вече споменахме това са разноските за набавяне на нови застраховки. Те са еднократни, правят се веднъж и само при сключването на застраховката. При изчисляването им в математическите формули може да се вземе техния абсолютен размер. Прието е да се пресмята в процент от застрахователната вноска или в промил от застрахователната сума. Бележат се с гръцката буква α (алфа). От 2000г. насам СиВЗК ги отчита, като % от ЗП, а от 2010г. по метод №2 по Наредба №30 на КФН с готовност те да покриват при нужда и застрахователни плащания към застрахованите. От там и възниква значителен актив ОАР, който служи за еквивалентно покритие на ТР, както вече стана видно.

б) *Инкасови разноски* – това са разноските за събирането на застрахователните вноски. Често плащането е разсрочено, то може да продължи и докато трае целия застрахователен договор или до определен срок. Тези разноски продължават, докато се събират вноските, следователно са текущи разноски и се пресмятат в процент от вноската. В математическите формули се бележат с буквата β (бета).

в) *Административни разноски* – всички останали разноски за издръжка на застрахователя. Правят се в продължение на целия период, докато е в сила дадена застраховка. Без тях застрахователното предприятие не би могло да съществува. Следователно те са текущи разноски, срокът на които съвпада с действителната застраховка. Прието е да се изчислят в процент от застрахователната вноска и се бележат с γ (гама).

2.) Стойност и анализ на разносните

Определянето на стойността на разносните е основната задача при калкулацията им във вноската. За да се пресметне достатъчната вноска е необходимо да се определи добавката за разноси. Това може да стане като се приложи размера на разносните в математическите формули. Представянето на разносните става по два основни начина: като относителна величина (в процент или в промил) или като абсолютна стойност.

Разносните като абсолютна стойност представлява сумата на действително извършените разходи за издръжка. Влияние върху този размер могат да оказват редица фактори.

Разносните не могат да бъдат разглеждани изолирано, те са в тясна взаимовръзка с останалите застрахователно-технически величини или от външни фактори. На база тази зависимост е направено и разпределението на постоянни и променливи разноси, на зависими и независими.

Независимите разноси са и относително постоянни за определен период от време те са фиксирани. Например заплатите на персонала от вътрешната служба, разходите за наеми, поддържане на службата и др. Но пък те от своя страна се влияят много силно от външните фактори като инфлация, законодателство, промяна на икономическата конюнктура. От тук следва, че в общия контекст разносните силно се влияят от множество фактори.

Големината на застрахователната съвкупност силно влияе върху абсолютния размер на разносните. С увеличаването ѝ сумата на разходите на застрахователя се увеличава. Но отнесен към броя на единиците в съвкупността се получава по-нисък размер на единица сключена застраховка. От изменението на съвкупността зависят разносните с най-голямо относително тегло. В общият им размер това са комисионните на агентите и посредниците, но при СиВЗК е приложен коренно различен маркетингов подход и точно тези разноси се икономисват или до момента на амортизацията си създават значителен актив за покритие на ТР, а именно - ОАР. Подхода е оповестен в Политиката за управление на инвестиционният риск. Увеличението на застрахователната съвкупност винаги е желано, тъй като благоприятства изравняването на риска, освен ако не влошава качеството на съвкупността.

Особено силно разносните са зависими от външните за застрахователната съвкупност фактори като инфлация, пазар на труда, от цялостното икономическо състояние на страната. Например, тъй като повечето разходи за застрахователя отиват за възнаграждения и осигуровки на работниците, евентуалното увеличение на трудовите възнаграждения в страната ще рефлектира върху размера на застрахователните разноски. Цените на стоки, материали и услуги, потребявани от Кооперацията също се калкулират в размера на разносните. А евентуално свиване на икономическото потребление и производство като цяло води до намаляване на потреблението на застрахователни услуги, а от там и до увеличаване разносните за издръжка, полагащи се за единица застраховка. Застрахователят се съобразява с тези фактори при калкулирането на разносните в застрахователната вноска, като договаря застрахователната премия в % от възнаграждението на застрахования и с увеличението на възнаграждението се осигурява прираст и на разноски. Подхода е позволен от Закона.

Разносните в СиВЗК се анализират перманентно. Анализът представлява система от методи за изследване на застрахователната дейност и на закономерностите, които я съпътстват. Целта е да се разкрият начините за усъвършенстване на застрахователната дейност и за увеличаване печалбата. Анализът на разносните има за цел да установи нивото и състоянието на издръжката и да съдейства за изграждането на правилни тарифни ставки и подход. Това става, като се установи финансовия резултат от издръжката, чрез съпоставяне на действително извършените разноски по видове застраховки с калкулираните в застрахователно-техническите планове. Появата на определен финансов резултат дава възможност да се търсят причините, които са довели до появата му и до елиминиране на негативните фактори. Следователно застрахователният анализ дава възможност да се изследват процесите в тяхното развитие и да се търсят пътища за подобряване на застрахователната дейност.

Анализът винаги изхожда от плановете, с които Кооперацията работи, а данните се взимат от счетоводството и статистиката. В основата на всеки анализ стои сравняването на данните като техника за неговото извършване. Това сравняване ще бъде невъзможно ако се работи с несъпоставими данни. Те трябва да се приведат към една и съща количествена база и да се елиминират смущаващите фактори, а така също и да се сравняват само тъждествени елементи. В практиката отчетните данни се сравняват с данни от

предшестващи отчетни периоди или с данни от плановите задания на дружеството.

След като се осъществи според изискванията и целите си анализът дава представа за реалното състояние. Това дава възможност да се направят съответните изводи и да се очертаят бъдещите планови параметри за следващия отчетен период.

III) Идентификация на подписваческите рискове:

В хода на сключването (подписването) на застрахователните договори се идентифицират три подписвачески риска:

1). Слаба продукция на подписваческите звена в количествено отношение.
Този риск се компенсира чрез двукамерно съдействие на процеса, а именно:

А) сключване на застраховки от малък брой висококвалифицирани подписвачи - осигуряват постоянен прираст от ЗЛ. Щатните подписвачи на СивЗК владеят на високо професионално ниво - обща икономическа теория; теориите на мутуализма и парите; реклама, вирусен маркетинг и PR; приложна психология; теорията на информационните канали; правила за водене на дипломатически преговори; техники на ръководство и екипност; техники за разширяване на клиентелата; теориите и правилата за поведение и продажби на финансови продукти; презентационни умения и др.

Б) застраховките са така скроени от към ЗТП, щото ЗЛ няма никакъв интерес да прекрати застраховките си.

2). Слаба продукция на подписваческите звена в качествено отношение.

А)сключване на застраховки със ЗЛ с влошено здраве. Този риск се компенсира, като в ЗД се поемат рискове само за нововъзникнали заболявания, чиято дефиниция се локализира във всеки блат от договора или чрез използване на показаните по долу приложения към ЗД, негови неразделни или забранителни за окончателното му сключване части, както следва:

ЗДРАВНА ДЕКЛАРАЦИЯ

1. Здрав и напълно работоспособен ли сте?	☐ не ☐ да	б/заболявания на белия дроб;	☐ н ☐ е ☐ да
2. Имате ли оплаквания, заболявания или други здравословни проблеми, за които не е поставена диагноза?	☐ не ☐ да	в/заболявания на храносмилателната система – хранопровод, стомах, черва, черен дроб, панкреас;	☐ н ☐ е ☐ да
3. Лекувани ли сте в болница през последните 5 години? Ако да, защо?	☐ не ☐ да	г/ диабет и други ендокринни заболявания;	☐ н ☐ е ☐ да
4. Име, адрес и тел. на лекуващия Ви лекар?	☐ не ☐ да	д/ кръвни заболявания;	☐ н ☐ е ☐ да
5. При Вашата професия /хоби/ изложен ли сте на особена опасност? Ако да, каква?	☐ не ☐ да	е/заболявания на отделителната и половата система	☐ н ☐ е ☐ да
6. Искате ли да включите особена опасност? Ако да, каква?	☐ не ☐ да	ж/ревматични заболявания;	☐ н ☐ е ☐ да
7. Вашият ръст и тегло:		з/психични заболявания;	☐ н ☐ е ☐ да
8. Имате ли родители, братя или сестри, баща заболели от сърдечни, съдови, бъбречни заболявания, инсулт, диабет, рак, парализи, нервни брат или очни болести преди 60 годишна възраст? сестра	☐ не ☐ да ☐ не ☐ да ☐ не ☐ да ☐ не ☐ да	и/неврологични заболявания;	☐ н ☐ е ☐ да
		к/ туморни заболявания;	☐ н ☐ е ☐ да
		л/ заболявания на очите, ушите, носа и гърлото;	☐ н ☐ е ☐ да
		м/ други заболявания	☐ н ☐ е ☐ да
		10. Подлагали ли сте се на операции, по-сериозни от тези на	☐ н ☐ е

		апендикса или на сливиците? Ако да, на каква, кога и в коя болница?	☐ да
		11. Положителен тест за СПИН?	☐ не ☐ да
9. Страдали ли сте или страдате в момента от: а/заболявания на сърдечно-съдовата система, вкл. артериална хипертония?	☐ не ☐ да	12. Инвалид ли сте? Ако да, защо?	☐ не ☐ да
Моля, уточнете диагнозата за отговори „да“:			
Декларирам, че съм отговорил/а пълно, изчерпателно и вярно на поставените по-горе въпроси и съм съгласен/а тази информация да служи за основа на застраховането ми. СиВЗК не може да бъде отговорно при иск за заболяване, травми или смърт, причината за които ми е била известна преди сключването на застраховката и е била съзнателно укрита или неточно обявена от мен в настоящата декларация. Упълномощавам който и да е лекар, медицинска сестра, болничен служител или работодател да представя на СиВЗК всякаква информация за моето здравословно състояние. Декларирам, че съм получил/а копие от настоящата декларация, че съм запознат/а с Общите условия зарисково животозастраховане на СиВЗК.			

СПИСЪК

**На болестите, водещи до отказ за застраховане или определяне на медицинския риск
по модулни застраховки живот на СиВЗК**

Видове болести по органи и системи	Утежнен риск	Необходим параклиничен минимум за оценка на риска
СЪРДЕЧНО-СЪДОВА СИСТЕМА		
1. Сърдечни пороци -всички видове, независимо от функционалния клас и състоянието на компенсацията им, включително и следоперативна корекция.	отказ	ЕКГ, ехокардиография
2. Систоличен шум на върха без органично увреждане на сърцето	40%	ехокардиография
3. Пропалс на митрална клапа:	отказ	ехокардиография
а) с промени в камерната функция, значима регургитация или симптоматика;		
б) с хемодинамична лека регургитация;	50%	
в) асимптоматичен с къс шум (минимална регургитация);	30%	
г) асимптоматичен с клик без шум (регургитация)	10%	
4. ИБС – всички форми по данни от анамнеза, ЕКГ, медицинска документация или други изследвания	отказ	
5. Минимални промени в Т-вълната:		
а) плоски, ниски, бифазни Т-вълни без клинични данни за ИБС;	50%	

б) при давност повече от три години без промяна.	30%	
6. Артериална хипертония:		урина, очни дъна, по възможност и при високи ЗС – липиден профил
а) по-голяма или равна на втора степен (с нарушения в мозъчното кръвообращение, бъбречна функция, коронарна недостатъчност или промени в очните дъна), както и при стойности на RR повече от 160/100 през последните три години;	отказ	
б) с минимални изменения в очните дъна без други промени – до II степен по Кейт Вегенер;	50%	
в) без изменения в таргетните органи	30%	
7. Ендокардит:		ехокардиография, ПМК, урина
а) остър ендокардит до 1 година от лечението, подостър или рецидивиращ до 5-та година от последния рецидив;	отказ	
б) състояние след преболедуване от ендокардит, при липса на остатъчни органични промени след посочените в т.а срокове.	30%	
8. Миокардит:		ехокардиография, ПМК
а) до 2 години от преболедуването;	отказ	
б) след 2-та година при липса на остатъчни органични промени или кардиодилатация.	30%	
9. Перикардит		ехокардиография, ПМК
а) остър идиопатичен до 6 месеца, бактериален до 2 години или констриктивен;	отказ	
б) състояние след преболедуване от перикардит:		
- при изразена адхезия без хемодинамични промени;	50%	
- при ограничена адхезия;	30%	
- при липса на остатъчни промени или кардиодилатация след посочените срокове.		

	нормален	
10. Кардиомиопатии, кардиодилатация или хипертрофия на зависимо от причината	отказ	
11. Ритъмни и проводни нарушения:		консултация със специалист, при необходимост – Холтер, ЕКГ
а) всички форми, с изключение на упоменатите в следващите подточки, при липса на съмнение за исхемична генеза и миокардна патология;	отказ	
б) А-V блок I ст. От 0.25 до 0.27;	50%	
в) А-V блок I ст.от 0.21 до 0.24	30%	
г) А-V ст., изчезващ при усилие;	нормален	
д) пълен или интермитентен ЛББ – само при доказана давност повече от 5 години;	50%	
е) непълен ЛББ, ЛПХБ, ЛЗХБ;	10%	
ж) ДББ при давност повече от три години;	50%	
з) ДББ при давност повече от три години:		
- кандидати под 45 години;	30%	
- кандидати над 45 години.	10%	
и) непълен или изчезващ при усилие ДББ;	нормален	
к) WPW – синдром:		
- от 4 до 7 пристъпа годишно или налагащи хоспитализация;	50%	
- до 3 пристъпа годишно, неналагащи хоспитализация;	30%	
- без пристъпна тахиаритмия.	10%	
л) наличие на редки камерни екстрасистоли;	50%	
м) редки предсърдни екстрасистоли.	30%	
12. Белодробна емболия:		при високи СЗ – рентгеноскопия, ФИД
а) 3 години от инцидента или рецидивираща;	отказ	

б) единичен случай 3 години след инцидента с пълно възстановяване на белодробния капацитет.	10%	
13. Атеросклероза, водеща до нарушаване на кръвоснабдяването, независимо от локализацията.	отказ	
14. Съдови аневризми от всякакъв вид и локализация	отказ	
15. Облитериращи ендартерити и тромбангии	отказ	
16. Тромбофлебит и флеботромбоза:		ПКК, при високи ЗС, време на кръвене и съсирване, протомбинов индекс
а) до 2 години от остър тромбофлебит или рецидивиращ с повече от три пристъпа и остатъчни промени;	отказ	
б) състояние след рецидив на тромбофлебит след 3-та година при липса на последствия (едем, улкус) и без необходимост от медикаментозно лечение;	50%	
в) 2 години след преболедуване от остър тромбофлебит при липса на остатъчни промени;	нормален	
г) флеботромбоза.	отказ	
ДИХАТЕЛНА СИСТЕМА		
17. Белодробна ТБК:		рентгенография, ПКК, ЕКГ, ЛАК, епикриза при стационарно лечение
а) първична (на трахеобронхиалните лимфни възли) – във фаза на инфилтриране, разпад, разсейване, всмукване:		
- до 2 години след клинично оздравяване;	отказ	
- от 3-та до 5-та година след оздравяване (прехвърляне от втора в трета диспансерна група);	30%	
- от 6-та година	нормален	

б) остра милиарна:		
- до 4-та година след клинично оздравяване;	отказ	
- от 5-та до 8-та година;	50%	
- от 9-та до 11-та година;	30%	
- от 12-та година	нормален	
в) подостра и хронична хематогеннодисеминирана във фаза на инфилтриране, разпад, разсейване, всмукване:		
- до 6 години от клинично оздравяване;	отказ	
- от 7-та, ако не е имало тласък.	50%	
г) инфилтративна и огнищна във фаза на инфилтриране, разпад, разсейване, всмукване:		
- до 3 години след клинично оздравяване;	отказ	
- от 4-та до 5-та година след оздравяване (прехвърляне от втора в трета диспансерна група), ако не е имало тласък;	50%	
- от 6-та до 8-та година;	30%	
- от 9-та година;	нормален	
д) казеозна пневмония;	отказ	
е) фиброзно-кавернозна форма;	отказ	
ж) белодробна цирроза:		
- до 5 години след оздравяла ТБК или с дихателна или сърдечно-съдова недостатъчност;	отказ	
- от 6-та до 10-та година;	50%	
- от 11-та година.	30%	
18. Плеврити, хидроторакс, емпиема:		

а) усложнени или при наличие на органични или функционални промени;	отказ	
б) неусложненексудативен плеврит:		
- до 2 години след клинично оздравяване;	отказ	
- от 3-та до 4-та година;	30%	
- от 5-та година.	нормален	
в) неусложнен сух плеврит:		
- до 2 години след клинично оздравяване;	30%	
- от 3-та година.	нормален	
г) неусложненаемпиема:		
- до 3 години след клинично оздравяване или при наличие на функционални смущения;	отказ	
- от 4-та до 5-та година;	50%	
- от 6-та до 7-та година;	30%	
- от 8-та година.	нормален	
д) неспецифични, реактивни възпаления:		
- до 2 години след клинично оздравяване;	30%	
- от 3-та година.	нормален	
19. Състояния след травми на гръдния кош, дихателните пътища, плеврата или чужди тела с дихателна или сърдечно-съдова недостатъчност.	отказ	
20. Двустранни бронхиектазии или едностранни с анамнеза за хемофтиза, с емфизем или хроничен бронхит:	отказ	
а) едностранни с минимална кашлица:		
- до 30 годишна възраст;	50%	
- от 31 до 50 годишна възраст;	30%	
- над 50 годишна възраст.	10%	

б) с периодично обостряне:		
- до 30 годишна възраст;	отказ	
- от 31 до 50 годишна възраст;	50%	
- над 50 годишна възраст.	30%	
21. ХОББ		ФИД
а) бронхитна или емфизематозна форма с дихателна или сърдечно-съдова недостатъчност – ФЕ01 под 45%;	отказ	
б) дефинитивна диспнея при усилие, свиркащи хрипове, повишена просветляемост на белодробните полета, разширена пулмонална проекция на белодробната артерия, ФЕ01 – 45-60%;	50%	
в) минимален задух при усилие, минимални промени при рентгенография, ФЕ01 – 61-69%	20%	
22. Кистозен бял дроб:		
а) некоригиран хирургично или двустранен, до 1 година след операция;	отказ	
б) от 1 до 3 години след лобектомия при интактен паренхим;	50%	
в) от 4 до 5 години;	30%	
г) от 6-та година	нормален	
23. Бронхиална астма:		
а) с чести пристъпи, изразен емфизем или дихателна недостатъчност;	отказ	
б) над 10 пристъпа или над 5 дни временна нетрудоспособност годишно, единични хрипчета между пристъпите, без данни за емфизем на рентгеновото изследване;	50%	
в) до 10 пристъпа или до 5 дни временна нетрудоспособност годишно;	30%	

г) без временна нетрудоспособност, чисти бели дробове между пристъпите.	нормален	
24. Пневмокониози		
25. Абцес на белия дроб:		
а) до 3 години от излекуване или рецидивиращ;	отказ	
б) от 4-та година.	305	
26. Ехинокок на белия дроб:		
а) до 3 години от операцията или неопериран;	отказ	
б) от 4-та до 5-та година след сполучлива операция;	50%	
в) от 6-та до 8-та година след сполучлива операция;	30%	
г) от 9-та година.	нормален	
27. Белодробна фиброза	отказ	
28. Неуточнена хемофтиза	отказ	
ХРАНОСМИЛАТЕЛНА СИСТЕМА		
29. Стеснение, разширение на хранопровод или след пластика		ПКК, кръвна захар, СГОТ, СГПТ, билирубин общ и директен. Рентгенография с контраст или ФГС
а) отразяващо се на охранеността и общото състояние на организма или до три години от приключване на лечението;	отказ	
б) от 4-та година след приключване на лечението при липса на трофични смущения или усложнения от други органи, с леки пристъпи неналагащидилатация.	50%	
30. Варици на хранопровода, синдром на Малори-Вайс	отказ	
31. Полипи на стомаха или червата, независимо от локализацията:		
а) неуточнени, нерешени хирургично или до 2-та година от операцията, без хистологично		

изследване;	отказ	
б) от 3-та до 5-та година след приключване на хирургическото лечение при дефинитивно бенигнен хистологичен материал;	50%	
в) от 6-та до 7-та година;	30%	
г) от 8-та година.	нормален	
32. Гастрит:		ФГС, епикриза
а) тежки форми с изразена редукция на тегло и/или хеморагии;	отказ	
б) клинично изразени с чести пристъпи и до умерена редукция на тегло;	50%	
в) с чести пристъпи без редукция на тегло;	30%	
г) леки форми.	нормален	
33. Стомашна или дуоденална язва:		за висока ЗС - ФГС
а) усложнена;	отказ	
б) стомашна – при липса на съмнение за премалигненост;	50%	
в) налагаща прием на медикаменти;	30%	
г) неусложнена доказана дуоденална язва:		
- с до 2 обостряния годишно;	20%	
- с последна екзацербация преди повече от 1 година.	10%	
34. Хиатус-херния:		рентгенография, езофагостроскопия
а) компримираща белите дробове или сърцето или с анамнеза за кръвоизлив;	отказ	
б) умерено голяма с изразена симптоматика;	50%	
в) умерено голяма с незначителна симптоматика;	20%	
г) след успешна хирургична корекция или малка безсимптомна.	105	

35. Дивертикулоза (хранопровод, тънко и дебело черва, дуоденум):		рентгенография, ендоскопия
а) усложнена (перфорация абсцес, обструкция, фистула, дивертикулит):		
- до 3 години от лечението;	отказ	
- от 4-та до 7-та година при липса на рецидив или усложнения;	20%	
- от 8-та година.	нормален	
б) неусложнена	10%	
36. Кръвотечения от гастро-интестиналния тракт с неуточнена етиология.	отказ	
37. Болест на Крон, ХУХК:		ректороманоскопия, епикриза, рентгенопасаж, иригография
а) изолиран улцерозенпроктит;	30%	
б) всички останали форми	отказ	
38. Холелитиаза, холецистит:		ехография на коремни органи
а) с чести епизоди на обостряне или увреждане на жлъчно-чернодробните функции;	отказ	
б) рецидивиращ;	30%	
в) единичен епизод пълно възстановяване;	20%	
г) асимптоматичнахолелитиаза без данни за холецистит;	10%	
д) хирургично решен, неусложнен, пълно възстановяване	нормален	
39. Ехинокок на черния дроб:		ехография на коремни органи
а) неопериран или до 3 години след операция;	отказ	
б) от 4-та до 5-та година след сполучлива операция;	50%	
в)от 6-та до 8-та година;	30%	
г) от 9-та година.	нормален	

40. Цироза или хепатомегалия	отказ	
41. Чернодробен абсцес	отказ	
42. Спленектомирани по повод паразитно заболяване:		ехография на коремни органи
а) до 3 години от операцията;	отказ	
б) от 4-та до 5-та година след сполучлива операция;	50%	
в) от 6-та до 8-та година след сполучлива операция;	30%	
г) от 9-та година.	нормален	
43. Спленомегалия с неизяснена етиология.	отказ	
44. Хепатит:		ехография на коремни органи, ПТП, ЛДХ, антитела срещу вирусни антигени
а) неизлекуван остър, хронични хепатити, състояние след хепатит С, Д, делта положителен;	отказ	
б) хепатит А от 2-та година, хепатит В от 3-та година от нормализиране на показателите за чернодробна лезия;	50%	
в) от 5-та година от нормализиране на показателите за чернодробна лезия при липса на рецидив:		
- хепатит В;	30%	
- хепатит А.	нормален	
45. Жилберт и Дюбин-Джонсън.	10%	епикриза
46. Панкреатит:		Серумна амилаза и/или липаза
а) остър до 1 година от излекуване, рецидивиращ или хроничен;	отказ	
б) остър след 2-та година при пълно възстановяване.	10%	
47. Синдром на Цьолингер-Едисон.	отказ	

48. Спастичен колит, колонири табиле, мукозен колит:		при тежки случаи или висока ЗС - ректоскопия
а) с епизоди на нетрудоспособност;	30%	
б) умерено тежки с ненарушена трудоспособност;	10%	
в) леки случаи.	нормален	
ОТДЕЛИТЕЛНА СИСТЕМА		
49. Нефрити, гломерулонефрити, нефрози, нефропатии:		урина, урея, креатинин, ПКК, общ белтък, ехография на бъбреци
а) всички хронични форми и остри до уточняване на състоянието или повече от три епизода (остър единичен до 1 година, до 3 епизода 2 години);	отказ	
б) остър, единичен епизод с пълно възстановяване, без остатъчни промени:		
- 1 година след приключване на лечението до 3 години включително;	50%	
- от 4-та до 5-та година;	20%	
- от 6-та година	нормален	
в) до три епизода с пълно възстановяване, без остатъчни промени:		
- от 2 до 4 години след приключване на лечението;	50%	
- от 5-та до 8-та година;	30%	
- от 9-та година.	10%	
50. Бъбречна поликистоза:		ехография на бъбреци двукратно преследени през 6 месеца
а) фамилна или идиопатична;	отказ	
б) регенционни кисти или изключен дефинитивно ехинокок или тумор:		
- при промени в урината или кръвта, прогресия на големината, промени в бъбречната функция;	отказ	

- двустранно, асимптоматични;	50%	
- едностранно, асимптоматична;	10%	
- пункционно дренирани.	20%	
51. Хидронефроза:		ехография на бъбреци, ИНГ двукратно проследени през 6 месеца
а) двустранна или с промени в бъбречната функция;	отказ	
б) умерена, непрогресираща с нормални изследвания;	20%	
в) едностранна, лека непрогресираща с нормални изследвания.	10%	
<i>Забележка: Процентът се добавя към този на основната причина, довела до състоянието.</i>		
52. Аномалии на бъбречните съдове или структура (двоен, подковообразен бъбрек)		ангиография, копие ИЗ
а) с функционални промени или хипертония, хидронефроза;	отказ	
б) без данни за хипертония, хидронефроза, промени на урината;	10%	
в) хирургично коригирани без данни за хипертония, хидронефроза, промени в урината – нормален при остатъчна симптоматика.	според нея	
53. Бъбречен абсцес:		ехография на бъбреци, копие от ИЗ
а) усложнен или рецидивиращ бъбречен абсцес или с остатъчна симптоматика;	отказ	
б) неусложнен, 6 месеца след приключване на лечението при липса на остатъчна симптоматика до 3-та година;	30%	
в) след това.	нормален	

54. Нефролитиаза:		ехография на бъбреци, копие от ИЗ при предишна хоспитализация
а) с изменения в структурата и функцията на бъбреците;	отказ	
б) спонтанно преминаващи, нормални показатели:		
*двустранно:		
- до два епизода;	20%	
- три и повече;	40%	
* едностранно:		
- до два епизода;	нормален	
- три и повече.	20%	
в) хирургично отстранени, една година след лечението, при пълно възстановяване:		
- едностранно;	50%	
- двустранно.	отказ	
55. Заболявания, придружени със задръжка на урина (структури, камъни в мехура, малформация, хипертрофия на простатата):		ехография на отделителна система
а) с промени във функцията на бъбреците или прогресиращ ход;	отказ	
б) цистолитиаза:		
- персистираща цистолитиаза без промени в урината;	30%	
- хирургично коригирана без остатъчна симптоматика 1 година след операцията;	10%	
в) хипертрофия на простатата:		
- асимптоматична, без промени в урината (до единични Ег. и Leuc.);	30%	
- хирургично коригирана при дефинитивно доброкачествен процес;	10%	

г) хроничен простатит:		
- с изразена симптоматика, чести пристъпи;	30%	
- редки пристъпи.	10%	
Забележка: Към риска задължително се прибавя рискът, вследствие на налична хидронефроза!		
56. Остър пиелонефрит:		микробиологична посевка
а) единичен епизод:		
- до 1 година от приключване на лечението;	отказ	
- от 1 до 3 години от приключване на лечението при липса на остатъчни промени в бъбречната функция и урината;	50%	
- от 4-та до 6-та година;	30%	
- при липса на рецидив от 7-та година.	нормален	
б) при повече от един епизод (до 3):		
- до 4-та година от излекуването;	50%	
- от 5-та до 7-та година;	30%	
- от 8-та година.	10%	
57. Хроничен пиелонефрит	отказ	
58. Туберкулоза на бъбреците и пикочния мехур:		ИНГ, епикриза
а) остра до 1 година от излекуването;	отказ	
б) от 2-та до 4-та година след приключване на лечението при липса на остатъчни промени;	30%	
в) от 5-та година.	10%	
59. Нефроптоза:		
а) асимптоматична или хирургично коригирана, липса на промени в изследванията;	нормален	
б) при промени в урината и симптоматиката;	20%	

в) при промени в урината.	10%	
60. Нефректомия:		ехография, ИНГ
а) нефректомия след травма при запазен и без данни за нарушение във функцията на другия бъбрек;	10%	
б) всички останали.	отказ или според причината	
61. Хематурия с неизяснен произход.	отказ	
62. Остра бъбречна недостатъчност:		
а) до 1 година, независимо от причината;	отказ	
б) 1 година след приключване на лечението при липса на остатъчни промени в бъбречната функция;	30%	
в) от 2-та до 4-та година.	20%	
63. Хронична бъбречна недостатъчност, независимо от произхода.	отказ	
ЖЕНСКИ ПОЛОВИ ОРГАНИ		
64. Миома утери:		ПКК, урина, двукратна ехография поне през 6 месеца. При хоспитализация – епикриза.
а) неуточнена клинично или със съмнение относно бенингеното ѝ протичане;	отказ	
б) уточнена:		
- малка, неуголемяваща се, при липса на менструални смущения;	10%	
- всички други.	50%	
в) хирургично отстранена, без рецидив, дефинитивно доброкачествена:		

- до 1 година;	отказ	
- от 2-та до 3-та година след намесата;	30%	
- от 4-та година.	нормален	
65. Овариални кисти:		ехография и хистологичен резултат
а) неуточнени или със съмнение относно бенигнното им протичане;	отказ	
б) дефинитивно доброкачествени или хирургично отстранени, 1 година след операцията, с добра прогноза.	нормален	
66. Ендометриоза:		хистологичен резултат
а) леки форми;	20%	
б) останалите:		
- до 2 години от поставяне на диагнозата;	50%	
- от 3-та до 5-та година;	30%	
- от 6-та година.	нормален	
в) хирургично решена.	нормален	
67. Молахидатидоза:		хистологичен резултат
а) хирургично отстранена, дефинитивно доброкачествена;	нормален	
б) останалите.	отказ	
68. Възпаление на органите на половата система:		ехография
а) остри:		
- до 3 месеца след приключване на лечението;	отказ	
- от 4 месеца.	нормален	
б) налични, хронични:		
- тежки;	50%	
- умерени;	20%	
- леки.	10%	

69. Метрорагии с неизяснена причина:		
а) при негативен статус след изследване:		
- до 3 години от нея;	30%	
- от 4-та година.	нормален	
б) останалите.	според причината	
70. Тумори и кисти на млечната жлеза:		хистологичен резултат
а) до 5 години от операцията при липса на данни за доброкачественост;	отказ	
б) при данни от хистологията за бенигнен процес след хирургическото отстраняване (фиброаденома, интрадуктален папилом, кистична мастопатия):		
- до 1 година;	отказ	
- от 2-та до 3-та година;	50%	
- от 4-та до 5-та година;	30%	
- от 6-та до 8-та година;	10%	
- от 9-та година.	нормален	
в) при липса на данни от операцията и биопсия:		
- след 6 години;	отказ	
- от 7-та година.	50%	
КРЪВ И КРЪВОТВОРНИ ОРГАНИ		
71. Агранулоцитоза – гранулоцитопения:		ПКК с диференциално броене, морфология, заключение на специалист
а) повече от един епизод в миналото или налична;	отказ	
б) единичен епизод, неизвестна причина при пълно възстановяване:		
- до 2-та година;	отказ	
- от 3-та до 4-та година;	50%	

- от 5-та до 7-та година;	30%	
- от 8-та година.	нормален	
в) единичен епизод, известна и премахната причина:		
- до 1 година;	отказ	
- от 2-та до 4-та година;	30%	
- от 5-та година.	нормален	
72. Еритреми. Тромбоцитоза. Левкоцитоза с неуточнена причина.	отказ	
73. Злокачествени анемии.	отказ	
74. Хипо и апластични анемии:		
а) до 1 година от възстановяване при известна причина, рецидивиращи или с неизвестни причини;	отказ	
б) от 2-та до 5-та година при известна и отстранена причина;	50%	
в) от 6-та до 8-та година;	30%	
г) от 9-та година.	нормален	
75. Придобити хемолитични анемии:		
а) до 2 години от пристъпа с неуточнена причина или рецидивиращи;	отказ	
б) от 3-та година:		
- след спленектомия при пълно възстановяване;	30%	
- при известна и отстранена причина.	20%	
76. Вродени хемолитични анемии:		
а) сфероцитоза без спленектомия:		
- до 5-та година от хемолитичната криза или рецидивираща;	отказ	
- от 6-та година от хемолитична криза.	50%	

б) след спленектомия:		
- до 1 година от операцията или непълно възстановяване;	отказ	
- от 2-та година при липса на клиника.	10%	
77. Сърповидно клетъчна анемия.	отказ	
78. Таласемии:		
а) таласемия майор;	отказ	
б) таласемия минор;	до 50%	
в) таласемия минима.	10%	
79. Желязодефицитна анемия:		желязо и ЖСК
а) при неотхвърлено съмнение за неоплазма или хемоглобин под 10г/л;	отказ	
б) при отхвърлено съмнение за неоплазма:		
- Hb – 10-11 г/л;	50%	
- Hb – 11-12 г/л;	30%	
- Hb – над 12 г/л.	10%	
80. Пенрициозна анемия:		
а) при промяна в кръвната картина или неврологична симптоматика;	отказ	
б) при добър медикаментозен контрол, нормална кръвна картина.	50%	
81. Пароксизмална нощна хемоглубинурия.	отказ	
82. Левкемия, лимфоми.	отказ	
83. Лимфогрануломатоза.	отказ	
84. Болест на Верлхоф.	отказ	
85. Пелагра.	отказ	
86. Тромбоцитопенична пурпура, тромбоцитопатии с неуточнена причина, неизяснена хеморагична диатеза.	отказ	

87. Идиопатична тромбоцитопенична пурпура:		
а) без спленектомия:		
- до 3-та година от единичен или до 4-та от оздравяване при повече пристъпи;	отказ	
- при повече от един пристъп, при пълно възстановяване, 4 години след последния пристъп;	50%	
- единичен епизод, пълно възстановяване от 3-та година.	10%	
б) след спленектомия:		
- при рецидив;	отказ	
- без рецидив от 2-та до 4-та година;	50%	
- от 5-та година.	20%	
88. Шьолайн-Хенох:		
а) рецидивираща, усложнена или тежка;	отказ	
б) повече от единичен епизод:		
- до 3 години от клинично оздравяване;	отказ	
- от 4-та до 5-та година;	50%	
- от 6-та година.	20%	
в) единичен епизод, пълно възстановяване:		
- до 1 година от оздравяване;	отказ	
- от 2-та до 4-та година;	30%	
- от 5-та година.	10%	
89. Първичен хиперспленизъм:		
А) без спленектомия, пълно възстановяване и до 3 години от операцията;	отказ	
б) след спленектомия, при пълно възстановяване:		

- от 4-та до 5-та година;	50%	
- от 6-та година.	30%	
90. Хемофилии. Болест на фон Вилебранд.	отказ	
91. Недостатъчност на Г-6-ФДГ:		
А) без спленектомия:		
- до 3 години от последния пристъп;	отказ	
- от 4-та година от последния пристъп.	50% или отказ	
Б) след спленектомия:		
- до 2-та година или при рецидив;	отказ	
- от 3-та до 5-та година;	50%	
- от 6-та година.	20%	
ЕНДОКРИННА СИСТЕМА И ОБМЯНА НА ВЕЩЕСТВАТА		
92. Адипозогенитална дистрофия при изключена туморна генеза (краниогарингеома, хромофобна аденома) и без психични проблеми:		ПКК, бихимия, кръвна захар, заключение на специалист
а) до 16 годишна възраст;	50%	
б) над 16 годишна възраст;	10%	
в) всички други форми.	отказ	
93. Затлъстяване:		
а) III степен с артериална хипертония или диабет и IV степен;	отказ	
б) затлъстяване III степен без други проблеми;	50%	
в) затлъстяване II степен.	30%	
Забележка: Сумира се риска с този на хипертония и диабет!		
94. Кахексия, независимо от причината.	отказ	
95. Акромегалия:		

а) до 5 години от стабилизацията;	отказ	
б) от 6-та година при много добра стабилизация с минимална необходимост от поддържаща терапия.	50%	
96. Адисонова болест:		
а) до 3 години от лечението и трудна стабилизация;	отказ	
б) от 4-та година след лечението при много трудна стабилизация с минимална необходимост от поддържаща терапия.	50%	
97. Синдроми на Кушинг и Кон:		епикриза
а) некоригирани хирургично, без биопсичен резултат или двустранно засягане, до 2-та година от хирургична намеса или непълно възстановен;	отказ	
б) хирургично решен, дефинитивно доброкачествен процес, при запазена нормална друга надбъбречна жлеза, пълно възстановяване:		
- от 3-та до 4-та година след операцията;	50%	
- от 5-та до 7-та година;	30%	
- от 8-та година при липса на симптоматика.	нормален	
98. Безвкусен диабет:		епикриза
а) недобре контролиран и прогресиращ;	отказ	
б) добре контролиран и непрогресиращ.	50%	
99. Захарен диабет:		епикриза, КЗП и УЗП с давност до 3 месеца, очни дъна
а) инсулинозависим тип или при данни за нарушения в микроциркулацията, при стойности на кръвната захар при КЗП по-големи от 11 ммол/л през последните 2 години;	отказ	
б) леки форми без посочени симптоми и без придружаваща хипертония, сърдечносъдово или		

бъбречно заболяване.	50%	
100. Гликогенози, хемокроматоза, порфирии, фенилкетонурия, хепатолентикуларна дистрофия – болест на Уилсън-Коновалов.	отказ	
101. Базедова болест:		нива Т3 и Т4, ехография на щитовидна жлеза
а) до 1 година след оздравяване;	отказ	
б) от 2-та година.	10%	
102. Хронични тиреоидити.	отказ	нива на Т3 и Т4
103. Остри тиреоидити:		
а) до 1 година от оздравяване, при непълно възстановяване на функцията;	отказ	
б) от 2-та година от оздравяване при липса на остатъчна симптоматика.	нормален	
104. Хипотиреоз:		
а) изразен или тежък при липса на адекватен медикаментозен контрол;	отказ	
б) с умерена симптоматика и необходимост от медикаментозен контрол;	40%	
в) с лека симптоматика и необходимост от медикаментозен контрол;	20%	
г) хипофункция без симптоматика и необходимост от медикаментозен контрол.	10%	
105. Струма:		Т3 и Т4, ехография на щитовидната жлеза
а) без сцинтиграфия и дефинитивна диагноза, студен или топъл възел без хистологичен резултат, дифузна с данни за базедовификация или хипертиреозидизъм, дифузна по-голяма от III степен хирургично или радиоизотопно коригирана до 1 година;		

	отказ	
б) дефинитивно доброкачествен топъл възел или дифузна до III степен при нормална хипертиреоидна симптоматика;	50%	
в) при остатъчна симптоматика след хирургична или радиоизотопна корекция;	отказ	
г) коригирана при липса на симптоматика:		
- до 1 година;	отказ	
- от 2-та година:		
- при необходимост от медикаментозен контрол;	30%	
- без необходимост от медикаментозен контрол.	20%	
106. Хиперпаратиреоидизъм:		
а) некоригиран, с остатъчни бъбречни поражения или вследствие на малигнен тумор;	отказ	
б) хирургично коригирана доброкачествена аденома без бъбречни поражения:		
- до 1 година след операцията;	10%	
- от 2-та година.	нормален	
107. Хипопаратиреоидизъм:		
а) до 1 година след възстановяване, при липса на необходимост от медикаментозен контрол;	10%	
б) при необходимост от такъв при липса на клиника;	50%	
в) останалите.	отказ	
108. Епифизарни нарушения.	отказ	рентгенография
109. Подагра:		
а) с бъбречни нарушения;	отказ	
б) с изразена деформация;	50%	

в) без или с лека ставна деформация;	30%	
г) увеличена пикочна киселина без клинична симптоматика.	10%	пикочна киселина
ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЕН АПАРАТ		
110. Остеомиелит:		рентгенография
а) до 3-та година от излекуването;	отказ	
б) при липса на рецидив от 4-та година.	30%	
111. Остър ставен ревматизъм:		проби за активност, ехография
*активен или рецидивиращ:		
- до 3 години след последния пристъп;	отказ	
- от 4-та година след пристъпа, при липса на данни за активност и сърдечно засягане при кандидати:		
- под 30 годишна възраст;	40%	
- над 30 годишна възраст.	20%	
112. Деформиращи остеоартрити, артрозо артрити на големите стави, деформиращи спондилози, дискови хернии:		рентгенография
а) ако предизвикват инвалидност повече от 50%;	отказ	
б) същите при по-слаби нарушения.	според % на инвалидност	
113. Тумори на костите, ставите и хрущялите със злокачествен характер.	отказ	
114. ТБК на костите, ставите и гръбначния стълб:		епикризи
а) при инвалидизация повече от 50% или до 3-та година от окончателното излекуване;	отказ	
б) оздравели форми от 4-та до 10-та година;	40%	
в) от 11-та година.	нормален	

115. Синдром на Магфан:		ехокардиография
а) при засягане на други системи освен КМС;	отказ	
б) при изолирано засягане на КМС.	30%	
116. Деформиращ остейт:		рентгенография
а) само леки форми, непрогресиращи и без черепно засягане;	50%	
б) останалите.	отказ	
117. Остеитсфиброзацистика:		рентгенография, епикриза
а) без хирургично лечение до 1 година след операцията или с остатъчни промени;	отказ	
б) хирургично лекувани:		
- при значими остатъчни промени;	отказ	
- при минимални остатъчни промени:		
- от 2-та до 3-та година;	50%	
- от 4-та до 7-та година;	20%	
- от 8-та година.	нормален	
118. Ревматоиден артрит:		
а) с изразени промени, органно засягане, кортико зависим или след златолечение;	отказ	
б) с леки ставни промени	50%	
в) с минимални ставни промени	20%	
119. Миастениягравис:		експертиза от невролог
а) най-леки (очни) непрогресиращи 3 години от установяването форми;	50%	
б) останалите.	отказ	
НЕРВНАТА СИСТЕМА		
120. Мозъчна атеросклероза.	отказ	експертно заключение на специалист

121. Тумори на главния и гръбначния мозък.	отказ	
122. Малформации на нервната система, менингоцеле, енцефало и миелоцеле, спина бифида със симптоматика.	отказ	
123. Сирингомиелия. Прогресираща мускулна атрофия.	отказ	
124. Мултипленадисеминирана склероза.	отказ	
125. Паразитарни заболявания на ЦЛС (цистицеркоза, ехинококоза и др.)	отказ	
126. Посттравматични увреждания на ЦНС с остатъчна симптоматика	отказ	
127. Всички органични заболявания на ЦНС и остатъчни явления от детски паралич, причиняващи инвалидност повече от 50%.	отказ	
128. Шизофрения. Маниакално-депресивна психоза.	отказ	
129. Епилепсия.	отказ	
130. Изразени форми на органично слабоумие.	отказ	
131. Старчески психози.	отказ	
132. Наркомании.	отказ	
133. Алкохолизъм.	отказ	
134. Туберкулозен менингит:		последни епикриз
а) до 5-та година от излекуването или при усложнения;	отказ	
б) от 6-та година при липса на усложнения.	20%	
135. Остър енцефалит, енцефаломиелит, менингит:		
а) до 1 година от излекуването или при остатъчни промени	отказ	

б) при липса на остатъчни промени:		
- от 2-та до 4-та година;	50%	
- от 5-та до 8-та година;	20%	
- от 9-та година.	нормален	
136. Мигрена:		
а) с чести или тежки пристъпи с нарушена трудоспособност;	40%	
б) без нарушена трудоспособност;	20%	
в) леки и редки пристъпи.	10%	
137. Паркинсонизъм.	отказ	
138. Тейтаменсуйциди:		
а) до 10 години от последния опит;	отказ	
б) от 11-та година.	50%	
139. Хънтингтонова хорей:		
а) налична или анамнеза за такава във фамилията при кандидати под 40 годишна възраст;	отказ	
б) над 40 годишни без заболяване.	50%	
140. Синдром на Жулиан-Баре:		
а) до 3 години от излекуване или непълно възстановяване;	отказ	
б) от 4-та година при пълно възстановяване.	20%	
141. Травмени увреждания на периферната НС водещи до нарушения в сетиността и трофиката.	според % инвалидн ост над 50% - отказ	
УШИ, НОС И ГЪРЛО		
142. Отоневрологичен синдром (Миниерова болест и др.)		
а) тежки форми и всички хронично		

рецидивиращи състояния със засягане на слуха и равновесието;	отказ	
б) леки до умерени форми.	20-30%	
143. Тумори на ларингса, гърлото, носа и синусите със злокачествен характер.	отказ	
144. Хронично гнойно възпаление на средното ухо и неговите усложнения (гранулиращ остейт, холестеатом):		епикриза
а) несанирано;	отказ	
б) санирано:		
- с оголване на дурата и/или синус сигмоудеус;	50%	
- без оголване.	30%	
145. Комуникации от носа или ушите към ендокраниума – независимо от произхода.	отказ	
146. Социално значима двустранна глухота (над 64 децибела).	отказ	аудиограма
ЗРИТЕЛЕН АНАЛИЗАТОР		
147. Пълна слепота на двете очи, а също така и намаление на зрението на двете очи повече от 0,05 или 0,1 при единствено виждащо око.	отказ	преглед от специалист
148. Глаукома.	отказ	експертиза
149. Аблация на ретината	отказ	епикриза
150. Очна ТБК.	отказ	
151. Неуточнен (симптоматичен) или наличен ирит, иридоциклит, хориоретинит, увеит:		експертиза
а) до 1 година от оздравяването;	отказ	
б) след 1 година от единичен епизод, пълно възстановяване;	нормален	

в) двете очи, повече от 1 епизод, пълно оздравяване;	30%	
г) хронично рецидивиращ, като единствено заболяване;	50%	
д) останалите	отказ	
ДРУГИ ЗАБОЛЯВАНИЯ		
152. Пемфигус, пемфигуит, болест на Дюринг.	отказ	
153. Големи колагенози.	отказ	
154. Злокачествени заболявания, независимо от локализацията и степента на генерализация.	отказ	
155. Актиномикоза.	отказ	
156. Амилоидоза.	отказ	
157. СПИН – болни и серопозитивни	отказ	
158. Сифилис – активен, неадекватно лекуван, третичен:	отказ	епикриза
А) първичен:		
- до 1 година след излекуване;	20%	
- от 2-та година.	нормален	
Б) вторичен:		
- до 2 години след излекуване;	отказ	
- от 3-та година.	30%	

ЗАБЕЛЕЖКИ:

1. Не се приемат за застраховане лица с извършено оперативно вмешателство, за което липсва точна медицинска документация, до изминаване на 8 години от него.
2. Не се приемат за застраховане лица с неизяснена диагноза.
3. Когато % на инвалидност е под 50%, с травматичен характер, без засягане на вътрешни органи и ЦНС, кандидатите се приемат с нормален риск. Застраховане на лица с повече от 50% загубена трудоспособност може да се извърши само с решение на ЗМК. При липса на определен % на инвалидност от ТЕЛК, такъв се определя от лекаря-съветник или доверения лекар.
4. За невключени в “Списък на болестите, водещи до отказ за застраховане” или утежняване на медицинския риск по застраховки “Живот”, които влошават риска за застраховане, доверените лекари и лекарите-съветници могат да предложат увеличение на риска от 5 до 50% или да предложат отказ за застраховане.
5. По преценка на лекаря-съветник, процента на утежнения риск може да бъде увеличен или намален с 5%, в зависимост от общото състояние, начина на живот и медицинската осигуреност на кандидата за застраховане.
6. Когато във фамилната анамнеза за “Здравна декларация” кандидатът за застраховане е посочил заболяване с участие на наследственост и патогенеза на заболяването, доверения лекар е длъжен да определя % утежнен медицински риск. Изключение са тези заболявания, за които е определено друго в “Списък на болестите ...”.
7. Да се представя епикриза при проведено стационарно лечение, независимо от характера на заболяването и срока на проведеното лечение.

Приложение №3

ТАБЛИЦА за утежнен медицински риск

Възраст на застрахования (в години)	Брой години за увеличаване на застрахователната възраст според утежнения медицински риск								
	10%	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%
18 – 20	10	12	14	15	16	17	18	19	20
21 – 25	7	9	11	12	13	14	15	16	17
26 – 30	5	6	7	8	9	10	11	12	13
31 – 35	3	4	5	6	7	8	9	10	11
36 – 40	3	3	4	5	5	6	7	8	9
41 – 45	3	3	3	4	4	5	6	7	8
46 – 50	2	2	3	3	4	4	5	5	6
51 – 55	2	2	2	3	3	4	4	5	5
56 – 70	1	2	2	3	3	4	4	5	5

1.)ЧРЕЗ КОРЕКЦИИТЕ ПО ОПИСАНИТЕ ПО-ГОРЕ МЕТОДИ СЕ НАМАЛЯВА ЗАДЪЛЖЕНИЕТО НА

ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ И СЕ ОСИГУРЯВА ДОСТАТЪЧЕН РЕСУРС ОТ АКТИВ ПОКРИВАЩ ТЕХНИЧЕСКИЯ РЕЗЕРВ ПО ЗАСТРАХОВКАТА.

2.)ПРИ КАЛКУЛИРАНЕ НА ПРЕМИИТЕ СЕ ПРЕДВИЖДА ДОБАВКА ЗА СИГУРНОСТ В СЪСТАВА НА НЕТО-ПРЕМИЯТА, А СЪГЛАСНО ПОЛИТИКАТА ЗА УПРАВЛЕНИЕ НА АКТИВИТЕ И ПАСИВИТЕ, ВПОДКРЕПА НА ПЛАТЕЖНИЯ БАЛАНС НА ТР МОГАТ ДА СЕ ПОЛЗВАТ И РАЗНОСКИТЕ.

3.)КООПЕРАЦИЯТА И ЗА В БЪДЕЩЕ ЩЕ СЕ ПРИДЪРЖА КЪМ "МЕТОД2." ЗА ОТЧИТАНЕ НА АКВИЗИЦИОННИТЕ РАЗХОДИ, ДЕФИНИРАН В НАРЕДБА №30 НА КФН С ЦЕЛ СЪЗДАВАНЕ НА ДОПЪЛНИТЕЛЕН СВРЪХАКТИВ ЗА ПОКРИТИЕ НА ТР. С АКВИЗИТОРИТЕ ЩЕ СЕ СКЛЮЧВАТ ДОГОВОРИ С ПОДХОДЯЩИ КЛАУЗИ ЗА ОПИСАНАТА ЦЕЛ.

4) ХОБИ РИСКОВЕТЕ ЩЕ СЕ КОМПЕНСИРАТ ПО ЛОГИКАТА НА ЗАБОЛЯВАНИЯТА И ПО ИЗЛОЖЕНИТЕ ПО-ДОЛУ КРИТЕРИИ, КАКТО СЛЕДВА:

СПИСЪК НА ПРОФЕСИИ И СПОРТОВЕ СЪС ЗАВИШЕН НЕМЕДИЦИНСКИ РИСК

Професионални рискове	% на сторниране от застрахователната сума
селскостопански полети	3%
автомобилни състезания	анкета
обезвреждане на неексплоадирани гранати	5%
работещи на плаващи сонди за морско сондиране	
над вода	2%
под вода	3%
полети с реактивни самолети (военни)	7%
обучаващи летци (моторно летење)	2%
хеликоптер (военен или на полицията)	1%
военни кореспонденти	2%
мотоциклетни състезания	20%
професионални боксьори	10%
рали	2%
скоростни автомобилни писти	5%
боравене с експлозиви	5%
изпълняване на фигури от висшия пилотаж	6%
водолази	3%
групи за борба с тероризма	4%
летци изпитатели	8%

транспортен хеликоптер	анкета
войници на мисия в чужбина	анкета
Рискове при занимания в свободното време	
автомобилно родео	3%
автомобилни състезания	анкета
полети с балони	2%
каране на бобслей	1%
полети с планери	2%
полети с реактивни самолети	4%
висш алпинизъм	4%
скокове с парашут	2%
скално катерене без осигурителни мерки	не се застраховат
фигурно летене моторни самолети	3%
безмоторни самолети	2%
моторно летене (обучаем)	2%
мотоциклетни състезания	20%
фигурно пързаляне и скиори	2%
рали	1%
скоростни автомобилни писти	5%
водолази	2%
състезателни полети (безмоторни самолети)	2%

* Анкетата включва снемане на подробни данни за риска и неговата актюерска оценка.

** Анкета се извършва и при специално заявено желание на клиента.