

Общи условия за застрахователен пакет „L2” на застрахователна програма “Защита на плащанията” на кредитополучателите по потребителски кредити, предоставени от “Юробанк България” АД

Чл.1. Общи положения. Настоящите Общи условия са неразделна част от Груповия застрахователен договор за застраховка "Защита на плащанията" № 6/2009г., наричан по-долу за краткост "Договора", сключен между "Кардиф Животозастраховане, Клон България" КЧТ, "Кардиф Общо Застраховане, Клон България" КЧТ, от една страна като Застрахователи и "Юробанк България" АД /"Банката"/, от друга страна, като Застраховач (Договорител). Застраховка "Защита на плащанията" се сключва при условията на чл.382 от Кодекса на застраховането като застраховка за обезпечение на кредит и предоставя на Застрахованите лица застрахователна закрила при настъпване на рисковете, посочени в тези Общи условия, в резултат на което застрахованото лице реализира загуба на обичайния си доход, което влияе неблагоприятно върху възможността да обслужва надлежно погасителните вноски по кредита, във връзка с който е сключена застраховката.

Чл.2. Дефиниции. "Застрахован" е физическо лице-кредитополучател по потребителски кредит, отпуснат от "Юробанк България" АД, който е приел застраховането съгласно настоящите Общи условия и който към момента на приемане на застраховането е на възраст от 18 навършени години до 69 навършени години (от 00:00 ч. на деня, в който лицето навършва 18 години, до 00:00 ч. на деня, в който лицето навършва 69 години), като застраховката се прекратява с изтичане на срока на издължаване на кредита, но не по-късно от 00:00 ч. на деня на навършване на 76 години. Застрахованото лице трябва да е гражданин или постоянно пребиваващ на територията на Европейския съюз и Европейското икономическо пространство или на територията на Обединено кралство Великобритания и Северна Ирландия. Не се застраховат лица, които са американски граждани, включително лица с двойно такова гражданство, лица, които са държатели на "зелена карта" или лица, които са субекти на данъчно облагане в САЩ, или такива, които не отговарят на определения от Застрахователите рисков профил. Застрахователите не приемат за застраховане и лица, които са обект на ограничителни мерки или замразяване на активи, съгласно българския Закон за мерките срещу финансиране на тероризма, Европейски регламент № 2580/2001 от 27 декември 2001 или Членове L.562-1 и сл. от Паричния и финансов кодекс съгласно Френското законодателство. Застраховани лица, които са на възраст от 71 навършени години до 00:00 ч. на деня на навършване на 76 години са покрити само за рисковете **Смърт, ТНЗР и ХП**, всичките само **в резултат на злополука**, както и за риска **ПБ в резултат на злополука**, в случай че не са пенсионери. Като втори Застрахован може да се застрахова съкредитополучател или съдлъжник по същия кредит. Покриваните от Застрахователите рискове за втория Застрахован са същите както за основния Застрахован кредитополучател; „**Застрахователен период**” е периодът, за който се определя застрахователната премия; „**Период на застрахователно покритие**” е периодът, в който Застрахователят носи риска по застраховката, определен в тези ОУ чрез начален и краен момент; „**Начало (или Начална дата) на периода на застрахователно покритие**” – така, както е описано в чл. 5 по-долу; „**Край (или Крайна дата) на периода на застрахователно покритие**” – така, както е описано в чл. 5 по-долу. „**Период на изключване**“ е времето след приемането на застраховането от кредитополучателя и усвояването на сумата по договора за кредит, през което той като застраховано лице няма застрахователно покритие по отношение на застрахователни събития, свързани с рисковете **ХП в резултат на заболяване** и **БР**. Периодът на изключване за риска **ХП в резултат на заболяване** е 30 дни, а за риска **БР** - 90 дни; „**Застрахователно събитие**” е събитие, настъпило със застрахования през периода на застрахователно покритие;

"Застрахователно плащане" е паричната сума, която Застрахователите изплащат на ползващото се лице при настъпване на покрит риск в резултат на настъпило със Застрахования застрахователно събитие; **"Ползващо се лице"** е съответният кредитор на Застрахования по договора за потребителски кредит, към датата на настъпване на застрахователно събитие, на което лице при настъпване на покрит риск се извършва застрахователното плащане; **"Потребителски кредит"** по смисъла на тези Общи условия е всеки потребителски кредит с първоначален размер на кредита над 10 000 евро и до 60 000 евро вкл. и срок за погасяване над 72 месеца и до 120 месеца вкл., отпуснат от "Юробанк България" АД на кредитополучатели - физически лица и обезпечен с поръчителство.; **"Месечна погасителна вноска"** по кредит е дължимата от кредитополучатели по потребителски кредити, отпуснати от Банката, договорена месечна парична вноска, съгласно актуалния към датата на дължимо плащане погасителен план, която същите дължат по силата на сключен Договор за потребителски кредит. Месечната погасителна вноска може да търпи изменение, в случай на промяна на договорения лихвен процент. Не се покриват лихви и такси във връзка със забавено плащане на месечната погасителна вноска от страна на Застрахования; **"Злополука"** означава непредвидено, случайно и внезапно събитие с външен за Застрахования произход, настъпило против неговата воля, през периода на застрахователно покритие, което води до телесно увреждане, причиняващо смърт инвалидизация или продължителни болнични на Застрахования; **"Заболяване"** означава съвкупност от клинични прояви, представляващи болестно състояние, които са диагностицирани в лицензирано лечебно заведение през периода на застрахователното покритие и регистрирани в официален медицински документ; **"Продължителни болнични над 30 дни в резултат на злополука или заболяване"** /ПБ/ е състояние на временна неработоспособност, настъпило в резултат на Злополука или Заболяване и продължило повече от 30 дни, изразяващо се във временно загубена или намалена способност за извършване на обичайни действия и занятия вследствие на преходно намаляване на общите или локални функции на организма, възстановими в определен срок, през който Застрахованият реално ползва отпуск по болест. ПБ трябва да са пряк резултат на застрахователно събитие Злополука или Заболяване, претърпяно от Застрахования в периода на застрахователното покритие. За начало на продължителните болнични се счита датата, посочена в първичния болничен лист, като между заболяването съгласно първичния болничен лист и заболяването съгласно продълженията на първичния болничен лист има причинно-следствена връзка. Продължителността на ПБ се определя съгласно действащата нормативна уредба; **"Трайно намалена или загубена работоспособност над 70% в резултат на злополука или заболяване"** /ТНЗР/ означава медицински удостоверима, вероятно постоянна, нетрудоспособност на Застрахования (i) да упражнява заеманата до момента на инвалидизацията професионална позиция или длъжност чрез полагане на подобни умствени или физически усилия и личен труд и (ii) да си осигурява доход чрез личен труд или като управител, собственик, съдружник или акционер във фирма. ТНЗР трябва да е настъпила през периода на застрахователното покритие като пряк резултат от застрахователно събитие злополука или заболяване. ТНЗР се удостоверява от Застрахования пред Застрахователя въз основа на представено експертно решение на Териториална експертна лекарска комисия (ТЕЛК) съответно Национална експертна лекарска комисия (НЕЛК), удостоверяващо процент на загубена работоспособност над 70%, нетрудоспособност на Застрахования за работното му място, професионална позиция или длъжност и невъзможност лицето да продължи да упражнява заеманата професионалната позиция или длъжност, както и противоположаните условия на труд. Началото на ТНЗР се определя съгласно първото по ред решение на ТЕЛК/НЕЛК, удостоверяващо процент на загубена работоспособност над 70% във връзка с възникнала в периода на застрахователното покритие Злополука или Заболяване"; **"Безработен"** е физическо лице, за което кумулативно трябва да са налице следните обстоятелства: не работи и е регистриран като

“безработен” към съответното териториално „Бюро по труда“; **“Безработица** е статусът на безработното лице продължило над 30 дни съобразно дефиницията по-горе, като за дата на застрахователното събитие се счита датата на прекратяване на трудовото или служебното правоотношение, на договора за управление на търговско дружество или на дейността като Самоосигуряващо се лице; **„Самоосигуряващо се лице“** по смисъла на настоящите ОУ е: (i) физическо лице, за което е налице нормативно задължение да регистрира в Национална агенция за приходите започването, прекъсването, възобновяването и прекратяването на упражняваната от него трудова дейност; и което е (ii) едноличен търговец; съдружник в търговско дружество; собственик на ЕООД; член на непersonифицирано дружество (гражданско дружество); търговец по смисъла на Търговския закон, който обаче не е регистриран като едноличен търговец; регистриран земеделски стопанин или тютюнопроизводител; лице, упражняващо по регистрация свободна професия или занаятчийска дейност; **„Регистрирани земеделски стопани и тютюнопроизводители“** са физически лица, които произвеждат растителна и/или животинска продукция, предназначена за продажба, и са регистрирани по установения ред; **„Лица, упражняващи свободна професия и/или занаятчийска дейност по регистрация“** са лицата, които упражняват дейност съгласно посоченото в Наредбата за обществено осигуряване на самоосигуряващите се лица, българските граждани на работа в чужбина и морските лица; **“Хоспитализация в резултат на злополука или заболяване, продължила над 3 последователни дни” /XII/** е непрекъсваем над 3-дневен престой на Застрахования в болница по лекарско предписание за извършване на неотложно изследване, наблюдение или лечение във връзка с претърпяна Злополука или установено Заболяване в срока на застрахователното покритие. Престоят от 3 календарни дни започва да тече, считано от деня на хоспитализирането на Застрахования. Не се дължи плащане, ако периодът на престой е равен или по-кратък от 3 дни; **“Болница”** е лечебно заведение за болнично лечение, създадено и лицензирано в съответствие с действащото законодателство. **“Остатъчен баланс по кредита”** или **“Остатъчна стойност на баланса по кредита”** е непогасеният размер на главницата по потребителския кредит към датата на последното дължимо от клиента преди момента на настъпване на застрахователно събитие плащане /падежна дата/ съгласно актуалния погасителен план, плюс лихвата върху този размер на главницата, дължима от Застрахования за периода между датата на последното дължимо плащане по кредита до датата на настъпване на застрахователното събитие. При събитие не се покриват просрочия на главница и лихви във връзка със забавеното им плащане от Застрахования към момента на настъпване на застрахователното събитие; **„Изключващи клаузи“** са посочените в чл. 11 от тези ОУ обстоятелства, при наличието на които Застрахователите се освобождават от задължението за извършване на застрахователно плащане/изплащане на застрахователно обезщетение по покрит от застраховката риск

Чл.3. Предоставяне и обработка на лични данни. Предоставяне на информация. Последници от непредоставянето на поискана информация. Като част от застрахователните отношения, и в качеството си на администратори на лични данни, от Застрахователите се изисква да получат лични данни от Застрахования, които са защитени от Общия регламент (ЕС) относно защитата на данните № 2016-679 (GDPR). Личните данни, изисквани от Застрахователите, са задължителни. Ако предоставянето на изисквани от Застрахователите лични данни е по избор, това ще бъде отбелязано в момента на тяхното събиране. **3.1 Личните данни, събирани от Застрахователите, са необходими за:** **3.1.1.** За спазване на законовите и регулаторните задължения, приложими към тях. Застрахователите използват личните данни на Застрахования, с цел спазване на различни законови и регулаторни задължения, включващи: предотвратяване на застрахователна измама; предотвратяване на изпирането на пари и финансирането на тероризма; борба срещу данъчните измами, извършване на задължения по данъчен контрол и уведомяване; наблюдаване и докладване на рискове, на които може да бъде изложена институцията; отговаряне на официални искания,

отправени от надлежно упълномощени публични или съдебни власти. **3.1.2.** За изпълнение на договор със Застрахования или предприемане на стъпки по негово/нейно искане преди сключването на договор. Застрахователите използва личните данни на Застрахования, с цел сключване и изпълнение на неговите договори, включително: определяне на застрахователния рисков профил на Застрахования и съответните такси; управляване на застрахователните иски и изпълняване на договорните гаранции; предоставяне на информация на Застрахования относно договорите на Застрахователите; предоставяне на съдействие и отговаряне на запитвания; оценяване дали Застрахователят може да предложи застрахователен договор и при какви условия.

3.1.3. За изпълнение на законни интереси. Застрахователят използва личните данни на Застрахования, за да въведе и разработи своите застрахователни договори, за да подобри своето управление на риска и да защити законовите си права, включително: доказателство за плащане на премия или вноски; предотвратяване на измами; ИТ управление, включително инфраструктурно управление (напр.: споделени платформи) и действия при извънредни ситуации и ИТ сигурност; създаване на индивидуални статистически модели, базирани на анализа на броя и възникването на загуби, например с цел да се помогне за определянето на оценката за застрахователен риск на Застрахования; създаване на обобщени статистически данни, тестове и модели за научни изследвания и развитие, с цел да се подобри управлението на риска на дружества от групата на Застрахователите, или за да се подобрят съществуващите продукти или услуги, или да се създадат нови такива; стартиране на кампании за превенция, например чрез създаване на предупреждения във връзка с природни бедствия или опасности за трафика или пътищата; обучаване на персонала на Застрахователите чрез записи на телефонни обаждания, получени и направени в техните кол центрове;

3.1.4. Персонализиране на офертата на Застрахователите към Застрахования чрез: подобряване на качеството на неговите застрахователни договори; рекламиране на неговите застрахователни договори, които отговарят на ситуацията и профила на Застрахования. Това може да бъде постигнато чрез: сегментиране на вероятните клиенти и клиентите на Застрахователя; анализиране на навиците и предпочитанията на Застрахования в различните комуникационни канали, които са направени достъпни от Застрахователите (имейли или съобщения, посещения на интернет страниците на Застрахователите и др.); и сравняване на данните от застрахователните договори на Застрахования (които той вече е сключил или за които е получил оферта) с други данни, които Застрахователите имат за него (напр. Застрахователите може да установят, че Застрахования има деца, но все още не е сключил застраховка за защита на семейството); организиране на конкурси с награди, лотарии и промоционални кампании. Личните данни на Застрахования могат да бъдат добавени към анонимни статистически данни, които могат да бъдат предложени на дружествата от Групата на БНП Париба, за да им помогнат за развиването на тяхната стопанска дейност. В този случай, личните данни на Застрахования никога няма да бъдат разкрити, а лицата, получаващи тези анонимни статистически данни, няма да могат да установят неговата/нейната самоличност.

3.2. Застрахованото лице има следните права: на **достъп:** Застрахованото лице има право да получи информация относно обработването на личните му данни, както и копие от тези лични данни; на **коригиране:** в случай, че Застрахованото лице счита, че личните му данни са неточни или непълни, може да поиска тези лични данни да бъдат коригирани по съответния начин; на **изтриване:** Застрахованото лице може да поиска изтриването на личните му данни, до степен, позволена от закона; а **ограничаване:** Застрахованото лице може да поиска ограничаване на обработването на личните му данни; на **възражение:** Застрахованото лице може да възрази срещу обработването на личните му данни, на основания, свързани с конкретната ситуация. Застрахованото лице има пълното право да възрази срещу обработването на личните му данни за целите на директен маркетинг, който включва профилиране, свързано с такъв директен маркетинг; на **оттегляне на съгласие:** когато Застрахованото лице е

дало съгласието си за обработването на личните му данни, то има право да оттегли съгласието си по всяко време; на **преносимост на данни**: когато е приложимо по закон, Застрахованото лице има право да получи обратно или, когато това е технически постижимо, да предаде на трета страна личните данни, които е предоставило. **3.3.** Ако Застрахованият желае да получи повече информация относно обработката на неговите лични данни от страна на Застрахователите, той/тя може да се запознае с „Известие за защита на лични данни“, което е директно достъпно на следния адрес <https://bnpparibascardif.bg/zasita-na-licni-danni> . Това Известие съдържа цялата информация, отнасяща се до процесите по обработка на лични данни, която Застрахователите, в ролята си на администратори на лични данни, трябва да предоставят на Застрахования. Това включва категориите на обработени лични данни, сроковете на тяхното съхранение, както и правата на Застрахования в тази връзка. **3.4.** За всякакви жалби, искания за информация или упражняване на права, Застрахованият може да се свърже: Първо с отговарящия за защитата на данните местен кореспондент на Застрахователите, като изпрати имейл на адрес: DPO_Bulgaria@cardif.com, или обикновено писмо на адрес: гр. София, ул. „Христо Белчев“ №29А или със длъжностното лице, отговарящо за защита на данните на Групата на БНП Париба Кардиф, като изпрати имейл на адрес group_assurance_data_protection_office@bnpparibas.com, или обикновено писмо на адрес: BNP Paribas CARDIF, Jérôme CAILLAUD, DPO, 8, rue du Port - 92728 Nanterre – France. Застрахованото лице трябва да приложи и копие от документ за самоличност. **3.5.** Застрахованият официално се съгласява, че данните за неговото/нейното здраве могат да бъдат обработвани от Застрахователите единствено за целите на сключване на застрахователния договор. **3.6** При настъпване на застрахователно събитие Застрахователите имат право на достъп до цялата медицинска документация във връзка със здравословното състояние на лицето, чийто живот е застрахован и може да я изискват от всички лица, съхраняващи такава информация. Застрахователите имат право на достъп и до съответните документи относно трудово-правния статус на застрахованото лице при покрит риск **БР**. Прилагат се чл. 427, ал. 2 от КЗ и чл. 428, ал. 2 от КЗ във връзка с чл. 107 и чл. 454 от КЗ, както и чл. 459, ал. 4 от КЗ във връзка с чл. 107 и чл. 454 от КЗ. Застрахованият е длъжен да предоставя на Застрахователите поисканата от тях информация и документи, включително и за здравословното му състояние, както при присъединяването му към условията на застраховката, така и при установяването на застрахователното събитие и реализирането на покрития риск, както и причинно-следствената връзка между тях. При непредставяне на документите в 6 – месечен срок от датата на предявяване на претенцията Застрахователите имат право да се произнесат с решение за отказ от извършване на застрахователно плащане съгласно чл.108 от КЗ.

Чл.4. Присъединяване на кредитополучател към условията на Груповия застрахователен договор. 4.1. С подписването на “Декларацията за определяне на изискванията и потребностите и за приемане на застраховането“ и Общите условия на застрахователна програма “Защита на плащанията” на кредитополучателите по потребителски кредити, предоставени от “Юробанк България” АД, кандидатите за застраховане изразяват своето изрично писмено съгласие да се присъединят като застраховани лица към условията на програма “Защита на плащанията”. **4.2.** При присъединяването си към Груповия застрахователен договор с цел извършване на предварителна медицинска оценка на риска, кандидатът за застраховане попълва и подписва “Кратък медицински въпросник” по образец на Застрахователя. Ако при попълване на “Кратък медицински въпросник” Застрахованият е декларирал наличието на обстоятелства, за които Застрахователят е поставил въпрос, при настъпване на застрахователно събитие, което е в резултат или е в пряка връзка с това декларирано обстоятелство, се прилага изключващата клауза по чл.11.3 от тези ОУ. Представянето на неверни и/ или непълни данни и/или премълчаването на заболявания или травматични увреждания при попълването на “Кратък медицински въпросник” може да доведе до едностранно

прекратяване застрахователното покритие от страна на Застрахователя, до отказ за плащане или до намаляване на размера на застрахователното плащане съобразно предвиденото в Кодекса за застраховането и тези ОУ. **4.3.** Присъединяването към условията на Груповия застрахователен договор може да бъде извършено присъствено или чрез средства за комуникация от разстояние.

4.3.1 Когато присъединяването се извършва от разстояние, необходимите за сключването на застраховката документи се съставят във формата на електронен документ по смисъла на Закона за електронния документ и електронните удостоверителни услуги (ЗЕДЕУУ) и се подписват от страните с квалифицирани електронни подписи по смисъла на чл. 3, т. 12 от Регламент (ЕС) № 910/2014 („КЕП“) и на ЗЕДЕУУ. Всички документи, необходими за сключването на застраховката, се предоставят на кандидата за застраховане за преглед и подписване в електронен вид чрез мобилното приложение на доставчика на квалифицирани удостоверителни услуги „Евротръст Технолъджис“ АД, ЕИК 203397356. След като кандидатът за застраховане се запознае със съдържанието на документите, той ги подписва с издадения му от посочения доставчик на удостоверителни услуги КЕП. Подписаните от Застрахования документи се предоставят на негово разположение чрез мобилното приложение на доставчика на квалифицирани удостоверителни услуги „Евротръст Технолъджис“ АД. **4.3.2** Когато присъединяването към условията на Груповия застрахователен договор се извършва присъствено, необходимите за сключването на застраховката документи се предоставят на кандидата за застраховане на хартиен носител и се подписват със саморъчните подписи на страните. По желание на кандидата за застраховане документите могат да му бъдат предоставени за преглед в електронна форма чрез специално устройство с цифров екран e-Sign Pad („Устройство“) и да бъдат подписани от страните чрез полагане на подписите им върху екрана на Устройството, посредством специален дигитален писец. При полагане на подписа по описания начин се създава уникална поредица от данни (биометрични данни), която се прикрепя към документа по начин, който гарантира уникалност на положения подпис и невъзможност за неговата последваща промяна и/или използване за подписване на други документи. С подписването на настоящите ОУ и на основание чл. 5 от ЗЕДЕУУ, Застрахованият се съгласява да бъде обвързан от електронните изявления, отправените между него и Застрахователите/застрахователния посредник. На основание чл. 13, ал. 4 от ЗЕДЕУУ, Застрахованият приема, че както той, така и застрахователният посредник, ще подписва изявленията с описания електронен подпис, чиято правна сила е равностойна на тази на саморъчния подпис и за какъвто могат да се считат данните за Застрахования и застрахователния посредник, създадени с посочения по-горе дигитален писец. Електронно подписаните документи се съхраняват в електронна форма от застрахователния посредник (Банката) по начин, който позволява последваща идентификация на подписалите ги лица, а електронно копие от тях (без биометрични данни) се предоставя на Застрахования чрез профила му в интернет банкирането на Банката. При изрично искане от страна на Застрахования Банката му предоставя копие от подписаните документи на хартиен носител.

Чл. 5 Срок на застраховката. Начало и край на периода на застрахователното покритие.

Прекратяване на застраховката. 5.1 Срокът на застраховката е равен на срока на договора за кредит. **5.2.** Началната и крайната дата на застрахователните покрития по “Защита на плащанията”, при редовно заплащане на застрахователните премии, са: за рисковете **Смърт, ТНЗР, ПБ**, всичките **в резултат на злополука или заболяване**, както и **ХП** в резултат на **злополука** - считано от 00:00 часа на деня, следващ деня, в който Застрахованият усвоява сумата по договора за кредит до 24:00 часа на датата на падежа на последната погасителна вноска съгласно първоначалния погасителен план по договора за кредит; за риска **ХП** в резултат на **заболяване** - считано от 00:00 часа на 31-вия ден от деня, в който Застрахованият усвоява сумата по договора за кредит, до 24:00 часа на датата на падежа на последната погасителна вноска съгласно първоначалния погасителен

план по договора за кредит; за риска **БР** - считано от 00:00 часа на 91-вия ден от деня, в който Застрахованият усвоява сумата по договора за кредит до 24:00 часа на датата на падежа на последната погасителна вноска съгласно първоначалния погасителен план по договора за кредит. В случай че към момента на сключването на застраховката по пакет "L2" кредитополучателят се намира в срок на изпитване, застрахователното покритие за риска **БР** влиза в сила от 00:00 часа деня следващ деня, в който изтича изпитателният срок и се прекратява в 24:00 часа на датата на падежа на последната погасителна вноска съгласно първоначалния погасителен план по договора за кредит. При присъединяване към застрахователната програма на кредитополучатели по вече отпуснати потребителски кредити, по които кредитополучателят няма сключена застраховка по застрахователна програма "Защита на плащанията", за „дата на усвояване на сумата по договора за кредит“ се приема датата на подписване на декларацията за определяне на изискванията и потребностите и за приемане на застраховането. **5.3.** Застрахователното покритие по отделните рискове се прекратява както следва: за рисковете **Смърт, ТНЗР и ХП**, всичките само **в резултат на заболяване** – с навършване на 71-годишна възраст от Застрахования; за риска **ПБ в резултат на заболяване и БР** – от деня на пенсионирането на Застрахования, но не по-късно от деня, в който той навършва 71 години; за риска **ПБ в резултат на злополука** – от деня на пенсионирането на Застрахования, но не по-късно от деня, в който той навършва 76 години; **5.4.** Застраховката се прекратява при следните случаи: с навършване на 76 години от Застрахованото лице; настъпила ТНЗР със Застрахованото лице, във връзка с която Застрахователите са извършили застрахователно плащане на остатъчния баланс по кредита; в деня на цялостното погасяване на кредита с изтичане на срока на договора за кредит; при достигане на максималния лимит на застрахователното плащане във връзка с едно или повече настъпили застрахователни събития, който за всяко едно Застраховано лице е в общ размер до 60 000 евро, като в този случай се прекратяват всички активни застраховки на Застрахования, сключени при условията на Груповия застрахователен договор за обезпечение на потребителски кредити, отпуснати на Застрахования от „Юробанк България“ АД; със смъртта на Застрахования; при подписване на допълнително споразумение към договора за кредит, съгласно което правата и задълженията на кредитополучателя по този договор се прехвърлят на трето лице; при пълно предсрочно погасяване на кредита; при неплащане на дължима месечна застрахователна премия в гратисния период по чл.8 по-долу, както и в случай че до 60 дни от изтичане на гратисния период застрахованият не заплати всички неплатени и дължими месечни застрахователни премии; при предприемане от Банката на съдебни действия по принудително събиране на вземанията при предсрочна изискуемост на кредит; при несъгласие на Застрахования с индексирания размер на застрахователната премия; с едномесечно писмено предизвестие от застрахования или Застрахователите, както и във всички останали предвидени в Кодекса за застраховането случаи и ред; **5.5** Извън случаите по т.5.4 Застрахователят може да прекрати едностранно застраховката по своя инициатива без предизвестие до Застрахования и без да носи отговорност за прекратяването, ако лицето не отговаря на дефиницията за застрахован съгласно чл. 2 на тези общи условия или ако Застрахователят прецени че съществуват обстоятелства, предвидени съгласно приложимото законодателство (в това число, но не само такива за предотвратяване прането на пари, финансиране на тероризма, корупцията, прилагане на санкции и ембарго и др.). Прилага се чл.15.

Чл.6. Покрити рискове: 1. **Смърт, ТНЗР, ПБ, ХП** – всичките **в резултат на злополука или заболяване**; **БР** настъпила при условията на чл. 325, ал. 1, т. 1 от Кодекса на труда (КТ), като в този случай Застрахователите осигуряват покритие само ако предложението за прекратяване е отправено от работодателя; чл. 325, ал. 1, т. 6, т. 9 и т. 10 от КТ, чл. 327, ал. 1, т. 1 – т. 3, т. 10 и т. 11 от КТ, чл. 328, ал. 1, т. 1-8, т. 11 и т. 12 от КТ, чл. 330, ал. 2, т. 5 от КТ, чл. 331, ал. 1 от КТ, при условията на чл. 106, ал. 1, т.1 и т. 2 и чл. 107, ал.1, т.5 и т.6 от Закона за държавния служител,

вследствие прекратяване на договор за управление на търговско дружество или вследствие прекратяване на дейността на Застрахования като Самоосигуряващо се лице. В случай на прекратяване на трудовото или служебното правоотношение при горните условия, както и при прекратяване на договора за управление на търговско дружество или прекратяване на дейността като Самоосигуряващо се лице, Застрахованият следва да се регистрира като “безработен” в съответното териториално „Бюро по труда“ по предвидения в действащата нормативна уредба ред. Териториалният обхват на застрахователното покритие за рисковете **Смърт**, **ПБ** и **ХП** е на територията на цял свят, а за рисковете **ТНЗР** и **БР** - само на територията на Република България.

Чл.7. Процедура по уведомяване на Застрахователите за настъпило застрахователно събитие и предявяване на иск за извършване на застрахователно плащане. Уведомяване на застрахованите лица за решението на Застрахователите. При настъпване на застрахователно събитие, Застрахованият или неговите наследници е необходимо да уведомят Застрахователите по един от следните начини, в срок до 10 работни дни след настъпване на събитието: на специалната телефонна линия № 02/4915974, или на място в офиса на Застрахователите с адрес: гр. София 1000, ул. "Христо Белчев" № 29, партер или на e-mail адреса на Застрахователите: cardifbulgaria@cardif.com. Застрахованият или неговите законни наследници трябва да попълнят съответното "Уведомление за настъпило застрахователно събитие" и да приложат описаните в него документи, след което да ги изпратят с писмо с обратна разписка, чрез куриер, на място в офиса на Застрахователите или на e-mail адреса на Застрахователите: cardifbulgaria@cardif.com. Образец на уведомлението е наличен на интернет страницата на Застрахователите www.bnpparibascardif.bg, като може да бъде получен и в офиса на Застрахователите или изпратен от тях по куриер или посредством електронна поща. **7.1 Необходимите документи, които следва да се приложат към уведомлението, са:**

<p align="center">Приложими, независимо от вида на застрахователното събитие</p>	<p>✓ Копие на лична карта на Застрахования, респ. неговите наследници;</p>
<p align="center">Допълнителни документи според вида на настъпилото събитие са:</p>	
<p>1. Смърт в резултат на злополука или заболяване</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ копие от акт за смърт; ✓ копие на Съобщение за смърт; ✓ в случай че е била извършена аутопсия - копие на аутопсионен протокол, заверено с печат и текста “вярно с оригинала”; <p>В случай че смъртта е настъпила в резултат на злополука:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ протокол за настъпилата злополука (напр. протокол за ПТП, автотехническа експертиза и др.); ✓ заключение от извършената химическа експертиза за наличие на алкохол или наркотични вещества в кръвта; ✓ крайно становище по случая на съответната компетентна институция (напр. Постановление на прокуратура, разследващ орган, др.), епикриза/и от хоспитализации, резултати от образна диагностика. <p>В случай че смъртта е настъпила в резултат на заболяване:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ подробна етапна епикриза от личен лекар/справка от РЗОК/НЗОК;

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ амбулаторни листове от прегледи и консултации, изследвания; ✓ епикриза/и от хоспитализации, резултати от образна диагностика. <p>По преценка и при поискване от страна на Застрахователя в съответствие с Процедурата за завеждане на претенции, следва да бъдат представени оригинал или нотариално заверено/и копие/я от изброените по-горе документи.</p>
<p>2. Трайно намалена или загубена работоспособност над 70% в резултат на злополука или заболяване</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ копие от влязло в сила експертно решение/я на ТЕЛК/НЕЛК; <p>При поискване от страна на Застрахователя в съответствие с Процедурата за завеждане на претенции - оригинал или нотариално заверено копие на решението на ТЕЛК/НЕЛК, удостоверяващо процент на загубена работоспособност (инвалидност) над 70%, срока на загубена работоспособност (инвалидност) и потвърждаващо невъзможността Застрахованият да продължи да извършва същата или подобна трудова дейност;</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ копия на справка от РЗОК/НЗОК, етапна епикриза от личен лекар с подробна информация за проведени изследвания, прегледи, консултации през разглеждания период, резултати от извършени изследвания, епикриза/и от хоспитализации, документ за прекратяване на трудовото правоотношение или трудоустрояването след инвалидизацията/ справка от НОИ;
<p>3. Продължителни болнични над 30 дни в резултат на злополука или заболяване</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ копие от първичен болничен лист и неговите продължения, издадени от лекуващ лекар, ЛКК или ТЕЛК по реда, предвиден в действащата нормативна уредба; ✓ копие на епикриза/и от хоспитализации; ✓ подробна етапна епикриза от личен лекар/справка от РЗОК/НЗОК, амбулаторни листове от прегледи и консултации, епикриза/и от хоспитализации; <p>В случай че събитието е в резултат на злополука:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ документи, удостоверяващи обстоятелствата, при които е настъпила злополуката (Напр.: описание на случая при битова злополука, Разпореждане на НОИ при трудова злополука; Протокол и химическа експертиза на кръвта при ПТП).
<p>4. Безработица, продължила повече от 30 дни</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ копие на прекратения трудов договор, респ. договора за управление на търговско дружество, заедно с всички допълнителни споразумения към него, заверени с печат на работодателя или възложителя; ✓ заповед за прекратяване на трудовото правоотношение или договора за управление на търговско дружество; ✓ оригинал на Служебна бележка от съответното „Бюро по труда“, от която да е видно от кога лицето е регистрирано като безработен и продължаване на безработицата - приложимо във всички случаи на БР (при прекратяване на трудово/служебно правоотношение, договор за управление на търговско

	<p>дружество, както и при прекратяване на дейността на Застрахования като Самоосигуряващо се лице);</p> <p>В случай че трудовият договор е прекратен на основание чл. 325, ал. 1, т. 1 от КТ, допълнително следва да се предостави:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ препис от отправеното от работодателя предложение за прекратяване на трудовия договор; <p>В случай че Застрахованият е прекратил дейността си като Самоосигуряващо се лице, допълнително следва да се предоставят:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ копие от подадената до Национална агенция за приходите (НАП) декларация за прекратяване на дейността с входящ номер от НАП; ✓ справка от НАП за история на осигуряването на Застрахования относно прекратената дейност като Самоосигуряващо се лице. <p>В случай на реализиран риск БР, Застрахованият е длъжен ежемесечно да представя на Застрахователите доказателства, че все още е безработен: оригинал на Служебна бележка от съответното териториално “Бюро по труда”, което изрично да потвърждава, че Застрахованото лице е все още регистрирано като “безработен” и че не са настъпили обстоятелства, които да налагат заличаването на регистрацията му като безработен. В случай че документът не бъде представен на Застрахователя, последният прекратява изплащането на съответното застрахователно обезщетение за безработица.</p>
<p>5. Хоспитализация в резултат на злополука или заболяване, продължила над 3 последователни дни</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ копие на епикриза от хоспитализация; ✓ копие на болничен лист, ако такъв е издаден; ✓ попълнен от лекуващия лекар Амбулаторен лист; <p>При настъпила хоспитализация в резултат на злополука:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ копие на Протокол за настъпилата злополука (напр. протокол за ПТП); ✓ заключение от извършената химическа експертиза за наличие на алкохол или наркотични вещества в кръвта; ✓ резултати от извършени изследвания за образна диагностика (ако не са описани в епикризата); <p>При настъпила хоспитализация в резултат на заболяване:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ подробна етапна епикриза от личен лекар/справка от РЗОК/НЗОК; ; ✓ амбулаторни листове от прегледи и консултации, изследвания, епикриза/и от предходни хоспитализации.
<p align="center">Представените документи трябва да бъдат издадени в съответствие със законите на Р. България</p>	

7.2 За събития, настъпили извън територията на Р. България, Застрахователите приемат документи, издадени в съответствие със законите на друга държава, ако те безспорно доказват настъпването и

естеството на застрахователното събитие и са преведени на български език от заклет преводач. **7.3** С оглед изясняването на основателността на претенцията за застрахователно плащане, Застрахователите имат право да изискат от Застрахования /неговите наследници или трети лица и други документи, свързани с настъпилото събитие, както и да поискат Застрахованият да премине през определени медицински прегледи и изследвания, като в тези случаи разноските за това се поемат от Застрахователите. **7.4** Застрахователите взимат решение по предявения застрахователен иск в срок до 15 работни дни от датата на получаване на последния изискан от тях документ. При одобрение за извършване на застрахователно плащане, Застрахователят уведомява Застрахования или Ползващите лица/законните наследници по телефон или чрез sms известяване. При отказ за извършване на застрахователно плащане, Застрахователят уведомява Застрахования или Ползващите лица/законните наследници писмено, като изпраща писмо на посочения от Застрахования или Ползващите лица/законните наследници адрес, вкл. електронен такъв за кореспонденция.

Чл.8. Застрахователен период. Размер на застрахователна премия. Гратисен период. Индексация. **8.1** Застрахователният период е месечен. **8.2** Размерът на застрахователната премия е посочен в застрахователния сертификат. Застрахованото лице дължи 2% данък върху застрахователната премия съгласно Закон за данъка върху застрахователните премии за покриваните от Застрахователите рискове по класове застраховки съгласно Раздел II от Приложение №1 от Кодекса за застраховането. За втори застрахован месечната застрахователна премия е в размер на 80% от посочения в застрахователния сертификат размер на премията за основното Застраховано лице. **8.3** При неплащане на съответния падеж на текущата месечна застрахователна премия Застрахователите осигуряват гратисен период до падежа на следващата месечна погасителна вноска, в срока на който избраните от Застрахования застрахователни покрития остават в сила. В 00:00 часа на деня, в който изтича така определенният гратисен период, застрахователното покритие се прекратява автоматично. **8.4** В случай че кредитополучателят започне отново да плаща съответните месечни застрахователни премии в срок до 60 дни след изтичането на гратисния период, застрахователното покритие се възстановява по отношение на него считано от деня, в който е заплатил всички дължими към момента застрахователни премии. **8.5** Ставката за калкулиране на застрахователна премия може да бъде индексирана при промени в развитието на риска през срока на застрахователното покритие, като Банката уведомява Застрахования от името на Застрахователите за индексацията на премията писмено най-малко един месец преди влизането ѝ в сила. В едномесечен срок от уведомлението Застрахованият има право да изпрати писмено възражение до Застрахователите чрез Банката срещу индексацията на премията, като в този случай застраховката се прекратява. Застраховката се прекратява от деня на получаване на възражението. Ако в едномесечния срок Застрахованият не е изпратил писмено възражение до Банката и продължи да заплаща застрахователна премия в новия, индексирани от Застрахователя размер, се приема, че Застрахованият няма възражения относно индексирания размер на премията. Банката издава на Застрахования застрахователен сертификат за променения размер на премията и му го връчва, като за целта Застрахованият следва да посети офис на “Юробанк България” АД.

Чл.9. Ползващо се лице. Във всички случаи на застрахователно плащане, ползващо се лице е съответният кредитор на застрахованото/ите лице/а по договора за потребителски кредит, към датата на настъпване на застрахователно събитие.

Чл.10. Размер за застрахователното плащане и срокове за извършването му. **10.1.** Размерът на застрахователното плащане по покритите застрахователни рискове е посочен в застрахователния сертификат. В случай че претенцията бъде приета за основателна, Застрахователите извършват плащане в срок до 15 работни дни от получаването на последно изискания от тях документ

съгласно чл. 7 по-горе. **10.2.** При настъпване на рисковете **ПБ** и **БР**: Обезщетение е дължимо само ако **ПБ** и **БР** са без прекъсване в продължение над 30 дни. Непрекъсваемостта на риска **ПБ** се удостоверява с първичен болничен лист и негови продължения, предоставяни ежемесечно от Застрахования. В поредицата от болнични листове поставените диагнози трябва да са в причинно-следствена връзка с диагнозата съгласно първичния болничен лист. Болничните листове трябва да са издадени от лицензирано лечебно заведение. В случай че между болничните листове има прекъсване повече от 60 последователни дни, Застрахователите регистрират настъпило ново застрахователно събитие по риска **ПБ**, за което се прилагат всички изисквания съгласно тези ОУ, като застрахователното плащане се дължи след изтичане на 30-те последователни дни от началото на това ново събитие. Непрекъсваемостта на риска **БР** се доказва чрез ежемесечно предоставяне на служебни бележки, издадени от съответното териториално „Бюро по труда“ най-късно до 7 дни преди поредната месечна вноска и удостоверяващи, че Застрахованият продължава да бъде регистриран като „безработен“. При рисковете **БР** и **ПБ**, в зависимост от продължителността на състоянието и след изтичането на 30-те последователни дни от настъпването на застрахователното събитие по тях, Застрахователите изплащат до 6 месечни погасителни вноски по кредита, за едно събитие, но не повече от 1 250 евро на вноска, както следва: 1. две месечни вноски – при продължителност между 31 – 60 дни включително; 2. три месечни вноски – при продължителност между 61 – 90 дни включително; 3. четири месечни вноски – при продължителност между 91 – 120 дни включително; 4. пет месечни вноски – при продължителност между 121 – 150 дни включително; 5. шест месечни вноски – при продължителност над 151 включително. Агрегираният лимит на застрахователното плащане за всеки от рисковете **ПБ** и **БР** е не повече от 12 месечни погасителни вноски за срока на застрахователното покритие и до 6 месечни вноски за всяко отделно събитие. **10.3** При настъпване на риска **ХП**: Застрахователите извършват 1 застрахователно плащане и само след изтичане на първите 3 дни от постъпването на Застрахования за болнично лечение. Плащането е дължимо при достигане на продължителност на болничния престой над 3 дни и е в размер на една месечна погасителна вноска по кредита, но не повече от 1 250 евро. Агрегираният лимит на застрахователното плащане по риска **ХП** е до 2 застрахователни плащания за срока на застрахователното покритие. **10.4** Максималният лимит на застрахователните плащания за покритите от застраховката рискове са посочени в застрахователния сертификат. В случай че по отношение на един Застрахован има настъпване по време на застрахователни събития по различните застрахователни рискове, Застрахователите ще дължат застрахователно плащане само за риска, който е настъпил пръв по време, с изключение на рисковете **Смърт** и **ТНЗР**, при настъпването на които Застрахователите изплащат остатъчния баланс по съответния кредит към датата на настъпване на събитието.

Чл.11. Изключения от застрахователното покритие (изключващи клаузи). **11.1 Общи изключващи клаузи за всички рискове:** Застрахователите се освобождават от задължението си за извършване на застрахователно плащане, ако застрахователното събитие е причинено умишлено от Застрахования, както и в случай че при приемане на застраховането или при възникване на събитието са представени неверни или неистински доказателства. Застрахователите не дължат застрахователно плащане и в случай че Застрахованият не може да представи доказателства, удостоверяващи, че състоянието му отговаря стриктно на дефинициите съгласно чл. 2 от настоящите ОУ. **Общи изключващи клаузи за рисковете Смърт, ТНЗР, ПБ и ХП:** Застрахователите се освобождават от задължението си за извършване на застрахователно плащане, ако застрахователното събитие е в резултат или в пряка връзка с: всяко заболяване, страдание или физическо състояние, свързано с тях, както и усложненията и рецидивите им, за което Застрахованият е получил медицинско консултиране, диагностициране или лечение в 2-годишен период преди датата на застраховането и за което Застрахованият е представил на

Застрахователите невярна и/или непълна информация или не е обявил при попълването на „Кратък медицински въпросник“; самоубийство или опит за самоубийство, извършено през първите 12 месеца от срока на застраховката; сбиване или участие в сбиване от страна на Застрахования; други събития, настъпили в следствие излагане на опасност, самонадеяност или груба небрежност от страна на Застрахования, включително, но не само боравене с експлозивни или огнестрелно оръжие; извършване на престъпление от общ характер от Застрахования; виновно поведение /умишлено, непредпазливо, поради самонадеяност или небрежност/ на застрахования при управление на МПС, както и при всякакви нарушения на Закона за движение по пътищата и актовете по неговото прилагане, довело до настъпване на ПТП; бунт или метеж, граждански вълнения, тероризъм, война или какъвто и да е акт, произтичащ от война (независимо дали обявена или не) или докато Застрахованият е на военноморска, военна или военновъздушна задължителна или наемна служба или участва в какъвто и да е тип военни операции; ядрена енергия, радиоактивно излъчване, ядрени взривове. Изключението за ядрена енергия не се прилага в случаите, когато ядрената енергия е използвана за медицинско лечение; професионално практикувани спортове и/или високорискови дейности, които са свързани с употребата на моторни, летателни, въздухоплавателни и подводни средства, скокове от високо, катерения или такива, които включват участие на животни; алкохолизъм, злоупотреба с алкохол, наркотична зависимост или всяка злополука, възникнала, докато Застрахованият е бил под въздействието на наркотици или алкохол, чието съдържание в кръвта (установено по надлежния ред) е над 0.5 промила за алкохола, а употребата на наркотици само трябва да е констатирана, както и от процедури по дезинтоксикация и лечения на алкохолизъм или наркотични зависимости; всяко състояние на Застрахования, директно или индиректно свързано със СПИН (Синдром на придобитата имунна недостатъчност) или HIV /човешки имунодефицитен вирус/, така, както се определени от Световната здравна организация; психични заболявания, депресии, стрес или всяко състояние на психо-невротична основа и техните последствия; бременност, раждане, прекъсване на бременността по желание на Застрахования и произтичащите от това усложнения или заболявания; козметична/пластична хирургия, както и хирургични процедури, които не са извършени по изрично лекарско предписание или от правоспособен лекар; стерилитет, изследвания/диагностициране на стерилитета, изкуствено осеменяване (напр. ин-витро процедура).

11.2. Изключващи клаузи според риска. При настъпили **ПБ** Застрахователите се освобождават от задължението си за извършване на застрахователно плащане, в случай че Застрахованият не е ползвал реално дните на отпуска по болест както и в случаите, когато Застрахованият не може да представи първичен болничен лист и неговите продължения. Не се покрива рискът **ТНЗР**, ако съгласно решението на ТЕЛК/НЕЛК лицето е трудоспособно за работното си място, професионална позиция или длъжност и може да продължи да изпълнява заеманата професионална позиция или длъжност, както и ако съгласно решението на ТЕЛК/НЕЛК лицето може да бъде трудоустроено. Застрахователят не покрива риска **БР**: ако Застрахованият не се регистрира в съответното териториално “Бюро по труда” като безработен; в случай че кредитът е усвоен след прекратяването на трудовото/служебното правоотношение, договора за управление на търговско дружество или след прекратяването на дейността на Застрахования като Самоосигуряващо се лице, или след започване на процедурата по прекратяването му/и; в случай че събитието е настъпило в Периода на изключване по смисъла на чл. 2 от тези Общи условия. Застрахователите не покриват риска **БР**, в случай че прекратяването на трудовото правоотношение/служебното правоотношение е станало: по желание или със съгласието на Застрахования (с изключение на случаите, в които предложението за прекратяване на трудовия договор е отправено от работодателя по съответния ред, или случаите, в които трудовият договор е прекратен на основание чл. 327, ал. 1, т. 1 – т. 3, т. 10 или т. 11 от КТ); поради негово виновно и противоправно поведение (дисциплинарно уволнение); в уговорения

изпитателен срок; поради пенсионирането на Застрахования или ако процедурата по прекратяването му е реализирана преди началото на застрахователното покритие; свързано с предварително уговорен срок на правоотношението или на основание на друго предварително известно прекратително условие; извършено от работодател, чиито представител е роднина, вкл. по възходяща или низходяща линия, съпруг, както и ако съдружник или акционер, както и в случай на прекратяване на трудов договор, респ. договор за управление в търговско дружество, които са сключени в чужбина. **11.3. Изключваща клауза за рисковете Смърт, ТНЗР, ПБ и ХП при обявяване на обстоятелства от Застрахования при присъединяване към застраховката:** ако при попълване на „Кратък медицински въпросник“ кандидатът за застраховане е декларирал обстоятелство, за което Застрахователите са поставили въпрос, Застрахователите могат да откажат извършването на застрахователно плащане, ако настъпилото застрахователно събитие по рисковете **Смърт, ТНЗР, ПБ** или **ХП** е в резултат или в пряка връзка с декларираното от Застрахования обстоятелство. **11.4** В случай че Застрахователите отхвърлят искане за застрахователно плащане на основанията, посочени в този чл. 11, Застрахованият (респ. неговите наследници) и солидарно задължените лица по договора за потребителски кредит не се освобождават от задълженията си по договора за кредит за редовно внасяне на датата на падеж на дължимите месечни погасителни вноски и другите произтичащи от договора за кредит плащания.

Чл.12. Права на застрахования при присъединяване към Груповия застрахователен договор чрез средства за комуникация от разстояние. В 30-дневен срок от датата на присъединяване към застраховката чрез средство за комуникация от разстояние Застрахованият може да се откаже от застраховката, без да посочва причина и без да дължи обезщетение или неустойка на Застрахователите. В 30-дневния период от датата на сключване на застраховката, в който Застрахованият може да се откаже от застраховката, Застрахователите осигуряват застрахователно покритие съгласно условията по чл. 5 по-горе, ако са изпълнени всички изисквания по тези Общи условия. Застрахованият може да упражни правото си на отказ като подаде в офис на Банката писмено заявление по образец заедно със заверено за вярност копие на застрахователния сертификат. Считано от депозиране на заявлението за упражняване на правото на отказ, застраховката се счита за прекратена. В 30-дневен срок от упражняване на правото на отказ Застрахованият възстановява на Застрахования платената застрахователна премия по посочена от него банкова сметка. Ако в 30-дневния срок, в който Застрахованият може да упражни правото си на отказ, настъпи застрахователно събитие по покрит от застраховката риск, без към датата на настъпване на събитието Застрахованият да е упражнил правото си на отказ, Застрахователите ще извършат дължимото застрахователно плащане, ако са изпълнени всички изисквания съгласно тези Общи условия. В този случай Застрахователите не дължат възстановяване на премия, ако след датата на уведомяването за настъпило застрахователно събитие, Застрахованият упражни правото си на отказ от застраховката. След упражняване на право на отказ, Застрахователите не дължат застрахователно плащане за настъпило застрахователно събитие по прекратената застраховка, независимо дали събитието е настъпило преди или след депозиране на заявлението за отказ.

Чл. 13. Промяна в Груповия застрахователен договор. Прекратяване. Откуп. Застрахованият (Договорителят) и Застрахователите не могат да внасят едностранно промени в Груповия застрахователен договор. Промяната се извършва чрез изготвяне и подписване от страните по договора на добавък към него, за което Застрахованият бива надлежно писмено уведомен, когато това го касае. Груповият застрахователен договор се прекратява при предвидените в него условия. Прекратяването на договора не води до прекратяване на активните застрахователни покрития по сключени застраховки преди датата на прекратяване на договора. Не се дължи връщане на застрахователна премия след изтичане на срока на застраховката, както и при неосъществено

застрахователно събитие по нея или при отказ от извършване на застрахователно плащане от страна на съответния застраховател. Настоящите Общи условия не дават право на откуп.

Чл. 14. Промяна в Общите условия: Всяка промяна в настоящите ОУ или замяната им с нови ОУ в срока на застраховката има действие за Застрахования, само ако измененията или новите ОУ са били предоставени на Застрахования и той писмено се е съгласил с измененията или прилагането на новите ОУ. Ако Застрахованият не е съгласен с измененията в ОУ или прилагането на нови ОУ, спрямо него продължават да се прилагат настоящите ОУ.

Чл.15. Уведомяване. Всички съобщения, които следва да бъдат отправени към Застрахования, се изпращат на последния адрес, който той е съобщил писмено на Застрахователите или на Застрахования (Договорителя). Застрахователите се уведомяват на посочения адрес в чл. 7 от тези ОУ. Прилага се чл. 347 от Кодекса за застраховането.

Чл. 16. Процедура за разглеждане на жалби от Застрахователите. Всякакви въпроси, свързани със застраховката, могат да бъдат отправени към Застрахователите на тел. 02/4915974 или с писмо на адреса на управление на Застрахователите: гр. София, ул. Христо Белчев №29А или на електронната поща на Застрахователите: cardifbulgaria@cardif.com. В случай на несъгласие на Застрахования с решението на Застрахователите по предявена от Застрахования застрахователна претенция, както и във всеки друг случай, Застрахованият или друго заинтересувано лице може да подаде до Застрахователите жалба. Тази Жалба може да се изпрати в писмен вид на адреса на Застрахователите или по електронната поща на Застрахователите: cardifbulgaria@cardif.com. Образец на жалба е достъпен на www.bnpparibascardif.bg Застрахователите регистрират всяка жалба и изготвят писмен отговор в срок до 14 дни от получаване на жалбата, а в случай че жалбата е свързана с размера на извършеното застрахователно плащане – в 7-дневен срок от получаването ѝ. Ако в посочения срок, по обективни причини, Застрахователите не могат да изготвят отговор до жалбоподателя, те информират писмено жалбоподателя за причините, поради които писмен отговор не може да бъде изготвен и се ангажират с разумно обоснован срок за изготвяне на окончателен отговор. Подобна информация за процедурата за разглеждане на жалби е налична на www.bnpparibascardif.bg. Ако жалбоподателят не е удовлетворен от отговора на жалбата, той може да сезира Комисията за защита на потребителите (www.kzp.bg) и/или Комисията за финансов надзор (www.fsc.bg).

Чл. 17. Борба срещу изпирането на пари и финансирането на тероризъм – Спазване на международните санкции.

Спрямо Застрахователите се прилагат законови и регулаторни задължения, свързани с борбата срещу изпирането на пари, финансирането на тероризъм, замразяването на активи и борбата срещу корупцията. Тези задължения на Застрахователите следва да бъдат изпълнени преди присъединяване към застрахователния договор и в целия срок на взаимоотношенията.

Това включва, в частност, следните изисквания:

- идентифициране на застрахованите лица по договора;
- текущо наблюдение върху установените делови взаимоотношения.

За изпълнение на тези задължения, Застрахователите могат да събират съответната информация и документи. Застрахованото лице се задължава да предостави цялата информация и документи, изискани от него. Ако Застрахователите не получат необходимата информация и документи, те могат да откажат присъединяването към застрахователния договор. Застрахователите не приемат плащане в брой по застраховката.

Международните санкции: като дъщерно дружество на BNP PARIBAS Group, Застрахователите спазват икономическите и търговски санкции или ограничителни мерки (забрани и ограничения на търговията с таргетирани стоки, технологии или услуги с определени държави, мерки за

замразяване на средства и икономически ресурси, ограничения на достъпа до финансови услуги), за които е взето решение и които се администрат, налагат или изпълняват от Съвета за сигурност на ООН, Европейския съюз, Министерството на финансите на САЩ, което отговаря за контрола на активите в чужбина (Служба за контрол на активите в чужбина към Министерството на финансите на САЩ (OFAC), Държавния департамент (МВнР) на САЩ или друг компетентен орган, с правомощия за налагане на подобни санкции.

Застрахователите не извършват каквото и да е плащане или обезщетение по настъпил застрахователен риск по застраховката, ако то би ги изложило на санкция, забрана или ограничение в следствие на действието на някой от нормативните актове на ООН или Европейския съюз, свързани с икономически санкции или други приложими нормативи или закони, свързани с икономически или търговски санкции

Чл.18. Спорове между страните. Юрисдикция. Всички спорове, породени от Груповия застрахователен договор и/или тези Общи условия или отнасящи се до тях, включително такива, породени или отнасящи се до неговото тълкуване, недействителност, изпълнение или прекратяване, ще бъдат разрешавани от компетентния български съд по реда на Гражданския процесуален кодекс. Приложимо е българското право.

Настоящите Общи Условия за застрахователен пакет “L2” на застрахователна програма “Защита на плащанията” на кредитополучателите по потребителски кредити на “Юробанк България” АД, са в сила от 03.12.2018г., изм. на 20.07.2020г., изм. на 23.09.2022 г., изм. и доп. на 15.04.2025 г. , изм. на 18.12.2025г

Безусловно приемам написаното на всяка страница от настоящите Общи условия:

Застрахован:.....

/име, презиме и фамилия/

.....

/собственоръчен подпис/

Дата:.....

/Ден, месец, година/

За кредитора:.....



**ОБЩИ УСЛОВИЯ ЗА ПОЛЗВАНЕ НА
ДОПЪЛНИТЕЛНИ МЕДИЦИНСКИ УСЛУГИ „ВТОРО МЕДИЦИНСКО МНЕНИЕ“ И
„ПРОГРАМА ЗА ПРЕВЕНЦИЯ НА ЗДРАВЕТО“, ПРЕДОСТАВЕНИ ОТ MEDIGUIDE
INTERNATIONAL КЪМ ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРОГРАМА “ЗАЩИТА НА
ПЛАЩАНИЯТА” НА КРЕДИТОПОЛУЧАТЕЛИТЕ ПО ПОТРЕБИТЕЛСКИ КРЕДИТИ,
ПРЕДОСТАВЕНИ ОТ “ЮРОБАНК БЪЛГАРИЯ” АД**

1. Общи положения. От името на MediGuide International, “Кардиф Животозастраховане, Клон България” и “Кардиф Общо застраховане, Клон България” /наричани по-долу „Застрахователите“/, действащи чрез „Юробанк България“ АД, предоставят на застрахованите лица по застрахователна програма “Защита на плащанията” на кредитополучателите по потребителски кредити, възможността да се възползват от допълнителна медицинска услуга „Второ медицинско мнение“. Допълнителната медицинска услуга „Второ медицинско мнение“ се предоставя от MediGuide International LLC, U.S.A., с адрес 4550 Linden Hill Road, Ste 103 Wilmington, DE 19808, USA, +1 (800) 961-4843 при настоящите Общи условия. MediGuide International в партньорство с технологични компании предоставя и достъп до дигитални услуги за превенция на здравето по „Програма за превенция на здравето“

2. Дефиниции. „MediGuide International“ е компания, която предоставя медицински услуги; „Второ медицинско мнение“ е медицинска услуга на MediGuide International, предоставяща възможност на Ползващото се лице да получи медицинско мнение относно здравословното му състояние, както и препоръка за последващо лечение на база на предоставени медицински документи за проведени изследвания и първоначално поставена диагноза в България. „Програма за превенция на здравето“ е дигитална медицинска услуга, която предоставя възможност за онлайн оценки на здравето от сертифицирани лекари. „Асистираща компания“ е компания, представител на MediGuide International, чрез която компания Ползващото се лице може да се възползва от „Второ медицинско мнение“. Асистиращата компания е „Корис България“ ООД, ЕИК831065406, с адрес за кореспонденция: ул. Яков Крайков 1А, гр. София 1606; „Ползващо се лице“ е Застраховано лице по застрахователен пакет „L2” на застрахователна програма “Защита на плащанията” на кредитополучателите по потребителски кредити, предоставени от “Юробанк България” АД, присъединило се към допълнителните медицински услуги „Второ медицинско мнение“ и „Програма за превенция на здравето“ чрез приемане на настоящите Общи условия и което редовно заплаща дължимата сума за услугата по чл. 9 по-долу;

3. Предоставяне на информация. Предоставяне и обработка на личните данни. MediGuide International, Асистиращата компания и Застрахователите ще използват и обработват предоставените им лични данни само във връзка с изпълнението на задълженията си по настоящите Общи условия. С оглед изпълнение на задължението за предоставяне на услугата „Второ медицинско мнение“ MediGuide International и Асистиращата компания, следва да получат от Ползващото се лице изричното му съгласие за обработка на специални категории лични данни, в случай на ползване от услугата

4. Покритие на услугите: Услугата „Второ медицинско мнение“ покрива всички диагностицирани медицински състояния, с изключение на случаите по чл. 10 по-долу. Услугата се предоставя от водещи медицински центрове, намиращи се извън територията на Република България. Услугата „Второ медицинско мнение“ се предоставя само въз основа на изпратени медицински документи, без да е необходим преглед и/или пътуване на Ползващото се лице.

Оценката на медицинското състояние на Ползващото се лице трябва да е извършена в период не повече от 12 месеца преди момента на ползване на услугата „Второ медицинско мнение“. Услугата „Програма за превенция на здравето“ осигурява достъп до дигитални услуги за превенция на здравето. Тази услуга се предоставя само в цифров формат, като Ползващото се лице попълва въпросник чрез специално създадения интернет портал за „MediGuide International“

5. Териториален обхват: Първоначалната диагноза следва да бъде поставена от лице, упражняващо медицинска професия „лекар“ в Република България. „Второто медицинско мнение“ се предоставя от водещи специалисти – екип от лекари в конкретната медицинска област извън територията на Република България от предварително подбрани медицински заведения, според избора на Ползващото се лице.

6. Времени обхват: Ползващото се лице има право да се възползва от „Второ медицинско мнение“ неограничен брой пъти през срока на действие на застраховката. Ползващото се лице може да се възползва от услугата „Второ медицинско мнение“ дори и ако първоначалната диагноза е направена преди присъединяване към застрахователна програма „Защита на плащанията“. Ползващото се лице има право на една консултация по „Програма за превенция на здравето“ за период от 12 месеца.

7. Условия за ползване на услугите: Ползващото се лице може да се възползва от услугата „Второ медицинско мнение“, във всеки един момент, в който е диагностициран със заболяване и желае да получи второ мнение за здравословното си състояние и назначено лечение, като изпрати копие от цялата медицинска документация свързана с първоначалната диагноза и съпътстващите я медицински документи и изследвания на асистиращата компания на MediGuide International. За да ползва „Програма за превенция на здравето“, Ползващото се лице е необходимо да се регистрира в специално създадения за програмата интернет портал и да попълни въпросник, необходим за извършването на оценка на здравословното му състояние. Попълненият въпросник се разглежда и анализира от сертифицирани лекари, като в резултат на това Ползващото се лице получава оценка и препоръки относно неговото здраве. При желание от страна на Ползващото се лице, оценката за неговото здраве може да бъде споделена в дигитален формат и с неговия личен лекар.

8.1. „Второто медицинско мнение“ се предоставя при спазване на следната процедура:



Ползващото се лице е диагностицирано за състояние, покрито от „Второто медицинско мнение“.



Лицето се свързва с Асистиращата компания, за да получи информация как може да се възползва от програмата „Второ медицинско мнение“.



Лицето дава съгласие за достъп до медицинската информация и личните си данни, и предоставя необходимите медицински документи на Асистиращата компания (с помощта на лекаря си, при нужда). MediGuide може да се свърже с лицето за допълнителна информация.



На база на изпратените документи, MediGuide, чрез Асистираща компания, предлага на лицето 3 медицински центъра, съобразени с неговото състояние за избор на един, от който да получи „Второ медицинско мнение“.



Ползващото се лице избира предпочитания медицинския център от 3-те възможности и уведомява Асистиращата компания за избора си.



В рамките на 10 работни дни, след получаване на всички необходими медицински документи, лицето получава писмен доклад, относно диагнозата, заедно с предложен подробен план за лечение. Данните на лицето остават напълно защитени по време на целият процес.

8.2. За достъп до „Програма за превенция на здравето“ се ползва следния QR код и се спазват инструкциите за влизане и регистрация в интернет портала.

Моля, сканирайте QR кода за достъп до интернет портала на

„Програма за превенция на здравето“ или отворете следната интернет връзка:

<https://mgtelehealth.medinyx.org/cardif/postbankbg>



9. Дължимата сума за услугите. Последници при неплащане: 9.1 За ползване на медицински услуги „Второ медицинско мнение“ и „Програма за превенция на здравето“ Ползващото се лице заплаща на MediGuide International, чрез Застрахователите, месечна такса в размер на 0,06% от размера на

месечната погасителна вноска по потребителския кредит, предоставен от “Юробанк България” АД. За втори застрахован – Ползващо се лице по услугата, дължимата сума е в размер на 80% от посочената в изречение първо. **9.2** При неплащане на съответния падеж на текущата месечна такса за ползване на услугите „Второ медицинско мнение“ и „Програма за превенция на здравето“, на лицето е осигурен гратисен период до падежа на по-следващата месечна погасителна вноска. В 00.00 часа на деня, в който изтича така определения гратисен период и лицето не е платило дължимите суми за ползване на услугата, покритието по медицинските услуги „Второ медицинско мнение“ и „Програма за превенция на здравето“ се прекратява. В случай че Ползващото се лице започне отново да плаща съответните месечни такси за ползване на услугите в срок до 60 дни след изтичането на гратисния период, покритието се възстановява считано от деня, в който е заплатил всички дължими към момента месечни такси. **9.3** В случай, че Ползващото се лице не започне отново да плаща съответните месечни такси за ползване на услугите в срок до 60 дни след изтичането на гратисния период, настоящият договор за предоставяне на услугите „Второ медицинско мнение“ и „Програма за превенция на здравето“ се прекратява автоматично.

10. Изключения. Услугата „Второ медицинско мнение“ не покрива: остри и неотложни състояния, при които е необходимо Ползващото се лице да получи незабавна медицинска помощ; състояния, за оценка на които е необходимо да бъде извършен преглед на лицето (напр. психични заболявания). Услугата „Програма за превенция на здравето“ не ангажира MediGuide International и неговите партньори в последващи клинични отношения с Ползващото се лице

11. Прекратяване на настоящия договор и на правото на ползване на услугите. С прекратяване на застраховката, независимо от причината, се прекратява настоящият договор при Общи условия и възможността за възползване от услугите за „Второ медицинско мнение“ и „Програма за превенция на здравето“. Настоящият договор при Общи условия и възможността за възползване от „Второ медицинско мнение“ и „Програма за превенция на здравето“ се прекратява и в случаите по т.9.2 и т.9.3 по-горе.

12. Съобщения и уведомления. Всички съобщения и уведомления във връзка с ползване на услугите се осъществяват чрез Асистиращата компания на MediGuide International. Може да се свържете с Асистиращата компания „Корис България“ ООД на телефона 008002100020, чрез имейл: operations@coris.bg или на адрес гр. София 1606, ул. Яков Крайков 1А. Всички съобщения, които следва да бъдат отправени към Ползващото се лице се изпращат на последния адрес, който той е съобщил писмено на Застрахователите или на Асистиращата компания.

13. Процедура за разглеждане на жалби и спорове. Юрисдикция. Всички спорове, породени от услугите и/или тези Общи условия или отнасящи се до тях, включително такива, породени или отнасящи се до тяхното тълкуване, недействителност, изпълнение или прекратяване, се уреждат по доброволен начин или преговори между Ползващото се лице и MediGuide International, чрез Асистиращата компания. Ползващото се лице може да подаде писмена жалба до Асистиращата компания по следните начини - чрез писмо на следния адрес гр. София 1606, ул. Яков Крайков 1А, "Корис България" ООД. Асистиращата компания регистрира всяка жалба и изготвя писмен отговор в срок до 14 дни от получаване ѝ. Ако жалбоподателят не е удовлетворен от отговора на жалбата, той може да сезира Комисията за защита на потребителите (www.kzp.bg) В случай, че не може да се постигне съгласие, споровете ще бъдат разрешавани от компетентния български съд по реда на Гражданския процесуален кодекс. Приложимо е българското право. Съдебният адрес на MediGuide International в Република България е гр. София 1606, ул. Яков Крайков 1А.

Настоящите Общи условия за допълнителни медицински услуги „Второ медицинско мнение“ и „Програма за превенция на здравето“ за кредитополучателите по потребителски кредити,

отпуснати от „Юробанк България“ АД, се издават в два еднообразни екземпляра – един за Ползващото лице и един за MediGuide International.

Настоящите условия са в сила от 03.12.2018г., изм. на 20.07.2020г., доп. изменени на 23.09.2022г., изм. на 15.04.2025 г., изм. на 18.12.2025г

Безусловно приемам написаното на всяка страница от настоящите Общи условия:

Ползващо лице:.....

/име, презиме и фамилия/

.....
/собственоръчен подпис/

Дата:.....

/Ден, месец, година/

За MediGuide International:

