

ОБЩИ УСЛОВИЯ на застраховка „ЗАЩИТА НА ДОХОДА“

Член 1. Общи положения. Застраховка „ЗАЩИТА НА ДОХОДА“ осигурява застрахователна защита на застрахованите лица, които имат открита разплащателна или спестовна банкова сметка, по която е договорена възможност за изпълнение на платежни операции, открита в “Юробанк България” АД (наричана по-нататък “Банката”) при настъпване на рисковете, посочени в чл.5 от тези Общи условия (“ОУ”).

Член 2. Дефиниции. “Застрахован” или „Застраховано лице“ е физическо лице, титуляр на разплащателна, съответно на спестовна банкова сметка с възможност за изпълнение на платежни операции в лева, открита в Банката, чрез която се извършват плащания на премията по сключената застраховка “Защита на дохода“, на възраст от 18 до 60 навършени години към момента на сключване на застраховката и до навършване на 66 години в периода на действие на застраховката, което е гражданин или постоянно пребиваващ на територията на Европейския съюз и Европейското икономическо пространство. 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, освен ако имат статут на постоянно пребиваващи и данъчна регистрация в Република България. Едно лице може да сключи само една застраховка “Защита на дохода”; “**Период на застрахователно покритие**” е периодът, в който Застрахователите носят риска по застраховката, определен чрез начален и краен момент в тези ОУ; “**Застрахователен период**” е периодът, за който е определена застрахователната премия; “**Годишнина на застраховката**” е всеки едногодишен период от срока на застраховката, който се изчислява, считано от датата на сключване на застраховката с подписването на застрахователната полица; “**Застрахователна сума**” е размерът на дължимото застрахователно плащане, което Застрахователите изплащат на ползващото се лице при настъпване на покрит риск в резултат на настъпило застрахователно събитие; “**Злополука**” е непредвидено, случайно и внезапно събитие с външен за застрахования произход, настъпило против неговата воля в периода на застрахователно покритие, което води до телесно увреждане, причиняващо смърт, инвалидизация или продължителни болнични; “**Заболяване**” е болестно състояние, което е диагностицирано в лицензирано лечебно заведение и регистрирано в официален медицински документ, възникнало в периода на застрахователно покритие; “**Продължителни болнични над 30 дни**” /ПБ/ е състояние на временна неработоспособност над 30 последователни 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 са пряк резултат на застрахователно събитие злополука или заболяване, претърпяно от Застрахования или заболяване, всяко възникнало в периода на застрахователно покритие. Продължителността на ПБ се определя съгласно действащата нормативна уредба като за началото ѝ се счита 31-я ден след датата, посочена в първичния болничен лист, като между състоянието съгласно първичния болничен лист и състоянието съгласно продълженията на първичния болничен лист има причинно-следствена връзка; “**Трайно намалена или загубена работоспособност над 70 %**” (ТНЗР) означава трайно намалена или загубена работоспособност (ТНЗР), която е медицински достоверна, вероятно постоянна, нетрудоспособност на Застрахования (а) да упражнява заеманата до момента на трайната загуба/намаляването на работоспособността професионална позиция или длъжност чрез полагане на подобни умствени или физически усилия и личен труд и (б) да си осигурява какъвто и да е доход чрез личен труд или като управител, собственик, съдружник или акционер във фирма. ТНЗР трябва да е пряк резултат от Злополука или Заболяване, настъпили за първи път през срока на застрахователното покритие. ТНЗР се удостоверява от Застрахования пред Застрахователя с 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 да продължи да упражнява заеманата професионална позиция или длъжност, както и противоположните условия на труд. Началото и срока на “ТНЗР” се определят съгласно решението на ТЕЛК/НЕЛК, удостоверяващо процента на загубена работоспособност над 70% във връзка с настъпилата в срока на застрахователното покритие Злополука или Заболяване; “**Безработен**” е физическо лице, което кумулативно трябва да: не се намира в трудово-правни или служебни правоотношения, не е самоосигуряващо се лице, не упражнява свободна професия, не извършва дейност, която му носи каквито и да е приходи, регистрирано е като “безработен” към съответното Териториално бюро по труда; “**Безработица**” е статусът на безработното лице съобразно дефиницията по-горе, като за дата на застрахователното събитие се счита 31-я ден след датата на прекратяване на трудово-правните или служебни правоотношения; “**Полагане на грижа за болен**” (ПГБ) е продължило над 30 последователни дни състояние, при което Застрахованият: (а) ползва неплатен отпуск за гледане на болен член от семейството или (б) е в отпуск поради временна неработоспособност за гледане на болен член от семейството или (в) е прекратило трудовия си договор или е прекратило дейността си (за самоосигуряващи се лица) с цел полагане на грижа на болен член на семейството, в резултат на което лицето е реализирало загуба на обичайния си доход по трудово правоотношение; „**Грижа за болен**“ е полагане на ежедневна помощ, наблюдение, извършване на действия и процедури, свързани с осигуряването на лечебен режим на болен член от семейството. Необходимостта от полагане на грижа следва да е удостоверена от органите на медицинската експертиза чрез издаване на болничен лист за гледане на болен член от семейството или Експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК, удостоверяващо нужда от чужда помощ на освидетелстваното лице или следва да се удостовери от личния лекар на болния. За дата на застрахователното събитие се счита 31-я ден след датата на удостоверяването на необходимостта от полагане на грижа, съгласно предходното изречение. „**Член на семейството**“ е дете, съпруг/а, родител, родител на съпруг/а, брат/ сестра или брат/сестра на съпруг/а на Застрахованото лице или партньор, с който Застрахованият живее на семейни начала в общо домакинство; “**Средномесечно брутно трудово възнаграждение**” е средномесечната брутна работна заплата, получена от Застрахованото лице за последните 6 пълни календарни месеца непосредствено преди регистрацията му като безработен, определена съгласно Наредба за структурата и организацията на работната заплата;

“Изключващи клаузи” са посочените в чл.9 от тези ОУ обстоятелства, при наличието на които Застрахователите се освобождават от задължението за извършване на застрахователно плащане 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 използват личните данни на Застрахования, с цел сключване и изпълнение на неговите договори, включително: определяне на застрахователния рисков профил на Застрахования и съответните такси; управление на застрахователните искове 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 вноска; 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 степента, 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 данните”, което е директно достъпно на следния адрес www.bnpparibascardif.bg/bg/pid3898/partners.html. 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 защитата 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**

За Застрахования:

За Застрахователите:.....

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 „Безработица“. Прилага се чл. 454, ал.2 от КЗ. Застрахованият е длъжен да предоставя на Застрахователите поисканата от тях информация и документи, включително и за здравословното му състояние, както при сключване 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.

Член 4. Сключване на застраховката. Срок на застраховката. Период на застрахователно покритие. Прекратяване на застраховката.

4.1 Кандидатите за застраховане изразяват своето изрично писмено съгласие да се застраховат като подписват застрахователната полица и приемат настоящите ОУ. Преди сключване на застраховката кандидатите за Застраховане следва да попълнят Въпросник за определяне на изискванията и потребностите и оценка на риска, който представлява неразделна част от застрахователния договор. На всяка годишнина на застраховката, Застрахованият може да премине към друг застрахователен пакет по застрахователна програма „Защита на дохода“, съгласно комбинацията от покрити застрахователни рискове по чл. 5 по-долу, като прекрати застраховката със сключване на застраховка по друг застрахователен пакет от застрахователна програма „Защита на дохода“ ОУ и заплащане на месечна застрахователна премия по новия застрахователен пакет. Преминаването се извършва след попълване на Въпросника за определяне на изискванията и потребностите и оценка на риска, с подписване на нова застрахователната полица и ОУ. В този случай периодите на застрахователното покритие не се прекъсват по отношение на рисковете, по които Застрахованото лице вече е било покрито. С подписване на Въпросника за определяне на изискванията и потребностите и оценка на риска, кандидатът за застраховане отговаря на въпрос относно наличието/липсата на установена инвалидност с влязло в сила решение на ТЕЛК/НЕЛК или започната процедура по установяване на инвалидност. Ако при сключване на застраховката Застрахованият е имал установена инвалидност с влязло в сила експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК или е бил в такава процедура, при настъпване на застрахователно събитие, което е пряк резултат или в причинна връзка със заболяванията/състоянията, описани в експертното решение на ТЕЛК/НЕЛК се прилага изключващата клауза по чл.9.4 от тези ОУ и Застрахователите могат да откажат извършването на застрахователно плащане. С подписване на Въпросника за определяне на изискванията и потребностите и оценка на риска кандидатът за застраховане отговаря и на въпрос относно трудовия му статус. Ако към датата на сключване към застраховката Застрахованият не отговаря на изискванията за трудов статус, при настъпване на застрахователно събитие се прилага изключващата клауза по чл.9.6 от тези ОУ и Застрахователите могат да откажат извършването на застрахователно плащане. Представянето на неверни данни и/или премълчаването на информация може да доведе до едностранно прекратяване на застрахователното покритие от страна на Застрахователите, до отказ за плащане или до намаляване на размера на застрахователното плащане съобразно предвиденото в Кодекса за застраховането и тези ОУ. **4.2 Срок на застраховката.** Застраховката се сключва за неопределен срок, при редовно заплащане на дължимата месечна застрахователна премия (заедно с ДЗП). **4.3 Период на застрахователно покритие.** За рисковете “Смърт” в резултат на заболяване и злополука, “ТНЗР” в резултат на заболяване и злополука и “ПБ” в резултат на злополука – от 00.00ч. на деня, в който застрахованият е приел застраховането с подписване на застрахователната полица и настоящите ОУ, при условие, че е заплатена застрахователната премия. За риска “ПБ” в резултат на заболяване и „Полагане на грижа за болен“- считано от 00:00 часа на 31-вия ден от деня на подписване на застрахователната полица и настоящите ОУ; За риска “Безработица“ - считано от 00:00 часа на 91-вия ден от деня на подписване на застрахователната полица и настоящите ОУ. **Застрахователното покритие се прекратява в случай, че:** Застрахованото лице не плати в уговорените срокове повече от 1 (една) дължима месечна застрахователна премия (заедно с ДЗП). С плащане на поредна застрахователна премия (заедно с ДЗП), застрахователното покритие се възстановява за напред за застрахователни събития, настъпили след заплащането на премията (заедно с ДЗП); при достигане на максималния лимит на застрахователното плащане за всеки риск за всяка годишнина на застраховката, като покритието се възстановява за следващата годишнина при редовно плащане на премията. **4.4 Прекратяване:** Застраховката се прекратява автоматично: при навършване на 66г. от Застрахования; при настъпила смърт на Застрахования; с извършване на застрахователно плащането по някой от рисковете “Смърт” или „ТНЗР“; при неплащане на всички дължими месечни застрахователни премии в срок до 60 дни от изтичане на гратисния период по чл.7 по-долу. Застраховката може да се прекрати и с едномесечно писмено предизвестие от Застрахователя или Застрахования, както и във всички останали предвидени в Кодекса за застраховането случаи. **4.5** Извън случаите по т.4.4 Застрахователите могат да прекратят едностранно застраховката по своя инициатива без предизвестие до Застрахования и без да носят отговорност за прекратяването, ако преценят 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.11.

Член 5. Покрити рискове по застраховка „Защита на дохода“, според застрахователния пакет, посочен в застрахователната полица са:

Застрахователни рискове	Пакет „Стандарт“	Пакет „Премиум“	Пакет „Премиум Лайт“	Пакет „ПремиумПлюс“	Пакет „Ексклузив“
„Смърт“ в резултат на злополука и заболяване;	√	√	√	√	√
„Трайно намалена или загубена работоспособност над 70%“ в резултат на злополука или заболяване /ТНЗР/;	√	√	√	√	√
„Продължителни болнични над 30 дни“ в резултат на злополука или заболяване /ПБ/;	√	√	√	√	√
„Безработица“ над 30 дни	-	√	-	√	√
„Полагане на грижа за болен над 30 дни“ /ПГБ/	-	-	√	-	√

„Безработица“ се покрива при условията на чл. 328, ал. 1, т.1-8 и т.11 и 12 от Кодекса на Труда, 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, при условията на чл.226, ал.1, т. 5 от Закона за Министерство на вътрешните работи, при условията на чл. 164, т. 1 и т. 2 от Закона за отбраната и въоръжените сили или при прекратяване на договор за управление на търговско дружество. В случай на настъпил риск „Безработица“ е необходимо Застрахованият да се регистрира като „безработен“ в съответното териториално Бюро по труда, съгласно изискванията на Закона за насърчване на заетостта. Териториалният обхват на застрахователното покритие за рисковете „Смърт“ и „ПБ“ е територията на цял свят, а за рисковете „ТНЗР“, „Безработица“ и „ПГБ“ - само територията на Република България.

Член 6. Процедура за 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 по покрит от застраховката риск Застрахованият (респ. неговите законни наследници при Смърт) следва да уведоми Застрахователите за настъпилото събитие. Уведомяването се извършва в срок до 10 работни дни след настъпване на събитието по един от следните начини: на **телефон 02/4915965**, на място в офиса на Застрахователите: **гр. София, ул. Христо Белчев № 29А**-или на e-mail: cardifbulgaria@cardif.com. Застрахованият или неговите наследници следва да попълнят “Уведомление за настъпило застрахователно събитие”, като приложат описаните в него документи. Образец на уведомлението е наличен на интернет страницата на Застрахователите www.bnpparibascardif.bg, в офиса на Застрахователите или може да бъде изпратен по куриер. Попълненото уведомление заедно с приложените към него документи следва да се изпрати на Застрахователите с писмо с обратна разписка или куриер или да се депозира на място в офиса на Застрахователите на адрес гр. София, ул. Христо Белчев № 29А. Необходимите документи, които следва да се приложат към уведомлението са: Копие на застрахователната полица и подписаните от Застрахования ОУ по застраховката; Копие на лична карта на Застрахования, респ. неговите наследници; Копие на банкова сметка на Застрахования или неговите наследници. Допълнителни документи според вида на настъпилото събитие са: **6.1 В случай на настъпил риск “Смърт”**: Акт за смърт – оригинал или нотариално заверено копие; Съобщение за смърт – четливо копие; Копие на аутопсионен протокол, заверено с печат и текста “вярно с оригинала”, в случай, че е била извършена аутопсия. В случай че смъртта е настъпила в резултат на злополука, се представят и четливи копия на следните документи, заверени с печат “вярно с оригинала” от издателя им: Протокол за настъпилата злополука /напр. протокол за ПТП/, Заключение от извършената химическа експертиза за наличие на алкохол или наркотични вещества в кръвта, Заключение на компетентната институция при приключване на разследването. В случай че смъртта е настъпила в резултат на заболяване, се представят и четливи копия на следните документи: Етапна епикриза от личен лекар с подробна информация за проведени изследвания, прегледи, консултации през разглеждания период, Резултати от извършени изследвания, Лична амбулаторна карта, Амбулаторни листа, Епикриза/и от хоспитализации; **6.2 В случай на настъпил риск “ТНЗР”**: Експертно решение/я на ТЕЛК/НЕЛК в оригинал /или негово нотариално заверено копие/, удостоверяващо процент на загубена работоспособност /инвалидност/ над 70%, както и срока на загубена работоспособност /инвалидност/и невъзможността лицето да изпълнява заеманата професионална позиция или длъжност и противоположните условия на труд; Етапна епикриза от личен лекар с подробна информация за проведени изследвания, прегледи, консултации през разглеждания период, Резултати от извършени изследвания, Епикриза/и от хоспитализации, Копие от документа за прекратяване на трудовото правоотношение или трудоустрояването след инвалидизацията; **6.3 В случай на настъпил риск “ПБ”**: Копие от болничен лист и/или продължения, удостоверяващи временна загуба на работоспособност над 30 последователни дни, издадени от ЛКК или ТЕЛК по реда, предвиден в действащата нормативна уредба; Етапна епикриза от личен лекар с подробна информация за проведени изследвания, прегледи, консултации през разглеждания период, резултати от извършени изследвания, резултати от медицински изследвания; Лична амбулаторна карта, Амбулаторни листа - четливи копия; при ПБ от злополука – документи от злополуката (напр. протокол от ПТП, Декларация за трудова злополука, Заключение от извършената химическа експертиза за наличие на алкохол или наркотични вещества в кръвта, Заключение на компетентната институция при приключване на разследването); Епикриза/и от хоспитализации; **6.4 В случай на настъпил риск “Безработица”**: Копие на трудовия договор, респ. договора за управление на търговско дружество, заедно с всички допълнителни споразумения към него; Заповед за прекратяване на трудовия договор; Служебна бележка от съответното “Бюро по труда”, от което да е видно от кога лицето е регистрирано като безработен и потвърждение, че безработицата е продължила повече от 30 последователни дни; Копие от трудова книжка; Служебна бележка, издадена от бившия работодател за размера на изплатеното брутно трудово възнаграждение през последните 6 пълни календарни месеца преди прекратяването на трудовото/служебното правоотношение или договора за управление по образец на Застрахователите. **6.5 В случай на настъпил риск “Полагане на грижа за болен”**: Съгласие за обработване на здравните данни на болното лице по образец на Застрахователите; Копие от лична карта на болното лице; удостоверение за семейно положение и членове на семейството, изд. от служба ЕСГРАОН или удостоверение за граждански брак и др. документи, от които да е видна роднинската/ брачната връзка За Застрахования: За Застрахователите:.....

между Застрахования и болното лице; Копие от болничен лист и/или продължения, удостоверяващи временна загуба на работоспособност над 30 последователни дни за гледане на болен член от семейството, издадени от ЛКК или ТЕЛК по реда, предвиден в действащата нормативна уредба или копие от Експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК, удостоверяващо нужда от чужда помощ на освидетелстваното лице; в случай, че болничен лист или решение на ТЕЛК не могат да се представят - медицински въпросник относно здравословното състояние на болното лице и нуждата от чужда помощ, издаден от личния лекар на болния по образец на Застрахователите; при напускане на работа – копие от трудовия договор, респ. договора за управление на търговско дружество, заедно с всички допълнителни споразумения към него; Заповед за прекратяване на трудовия договор; Служебна бележка от съответното “Бюро по труда”, от което да е видно от кога лицето е регистрирано като безработен; при неплатен отпуск – служебна бележка от работодателя, удостоверяваща неплатения отпуск и неговата продължителност; при всички случаи; при самоосигуряващи се лица – подадена в НАП „Декларация за регистрация на самоосигуряващи се лице“ за прекъсване или прекратяване на дейност като самоосигуряващо се лице. **6.6** 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 застрахователно събитие, както и да поискат Застрахованият да премине през определени медицински прегледи и изследвания, като в тези случаи разходите се поемат от Застрахователите. Представените документи, удостоверяващи настъпването на събитието трябва да бъдат издадени в съответствие със законите на Република България. За удостоверяването на застрахователни събития настъпили извън територията на Република България се приемат документи, издадени в съответствие със законите и на друга държава, ако те безспорно доказват настъпването и естеството на събитието и са преведени на български език от заклет преводач. **6.7** 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, Застрахователите уведомяват Застрахования или законните му наследници по телефон или чрез sms известяване. При отказ за извършване на застрахователно плащане, Застрахователите уведомяват Застрахования или законните му наследници писмено, като изпращат писмо на посочения от тях лица адрес за кореспонденция.

Член 7. Застрахователен период. Размер на застрахователна премия. Плащане на премията. Гратисен период. Индексация на премията. **7.1** Застрахователният период е месечен. **7.2** Размерът на застрахователната премия е посочен в застрахователната полица. В размера на премията е включен 2% данък съгласно Закон за данъка върху застрахователните премии за покриваните от “Кардиф Общо застраховане, Клон България” застрахователни рискове по класове застраховки съгласно Раздел II от Приложение №1 от Кодекса за застраховането. **7.3** Месечната премия се заплаща посредством дебитиране от разполагаемите средства по разплащателната, съответно по спестовната сметка, посочена в застрахователната полица на същото число от месеца, на което първоначално е сключена застраховката. Първата месечна застрахователна премия се заплаща при сключване на застраховката, като застрахователното покритие е активно за следващия едномесечен период. При платена следваща месечна застрахователна премия, застрахователното покритие е активно за съответния следващ едномесечен период, считано от датата на плащане на премията. **7.4** В случай, че на посочената от Застрахования дата по разплащателната, съответно по спестовната сметка няма достатъчна наличност за дебитиране на дължимата застрахователна премия, Застрахователите осигуряват 30 дневен гратисен период, в който да бъде заплатена неплатената месечна премия, в който период застрахователното покритие остава в сила. Ако в 30 дневния гратисен период не бъдат заплатени всички дължими месечни премии, застрахователното покритие се прекратява в 24.00 часа на 30-я ден от гратисния период. Застрахователното покритие се възстановява, ако в срок до 60 дни от датата на прекратяването му бъдат заплатени всички дължими, но неплатени месечни премии, като не се покриват събития, настъпили в периода, за който не е имало плащане. Застраховката се прекратява в случай, че Застрахованият не заплати всички дължими месечни премии в срок до 60 дни от датата на изтичане на гратисния период. **7.5** Застрахователите имат право да индексират размера на дължимата застрахователна премия на всяка годишнина на застраховката, като уведомяват Застрахования за индексацията на премията писмено най-малко 1 (един) месец преди влизането ѝ в сила. В едномесечен срок от уведомлението Застрахованият има право да изпрати писмено възражение до Застрахователите срещу индексацията на премията, като в този случай застраховката се прекратява. Писменото възражение може да се изпрати по пощата или с куриер на адреса на Застрахователите гр. София, ул. Христо Белчев № 29А, да се депозира на място в офиса на Застрахователите или да се изпрати на e-mail адрес cardifbulgaria@cardif.com. Застраховката се прекратява от деня на получаване на възражението. Ако в едномесечния срок Застрахованият не е изпратил писмено възражение до Застрахователите и продължи да заплаща застрахователна премия в новия, индексирания от Застрахователите размер, се приема, че Застрахованият няма възражения относно индексирания размер на премията. Банката издава на Застрахования застрахователна полица за променения размер на премията и му го връчва, като за целта Застрахованият следва да посети клон на Банката.

Член 8. Размер за застрахователната сума. Ползващи се лица. Размерът на застрахователната сума, максималните лимити и Ползващите лица по покритите рискове са посочени в издадената застрахователната полица, съобразно застрахователния пакет. ПБ трябва да са без прекъсване за период над 30 дни, като се удостоверяват с първичен болничен лист и негови продължения и поставените в тях диагнози трябва да са еднакви или в причинно-следствена връзка помежду си. Болничните листа трябва да са издадени от лицензирано лечебно заведение. Безработицата трябва да е без прекъсване за период над 30 дни, като продължителността на безработицата се удостоверява със служебна бележка, издадена от съответното териториално Бюро по труда. По отношение на рисковете ПБ, Безработица и ПБГ, по застраховка в зависимост от продължителността на състоянието се извършват до 12 застрахователни плащания, както следва: 1во застрахователно плащане при продължителност на състоянието между 31 и 60 дни, 2ро - при продължителност между 61 и 90 дни, 3то - при продължителност между 91 и 120 дни, 4то - при продължителност между 121 и 150 дни, 5то - при продължителност между 151 и 180 дни, 6то - при продължителност между 181 и 210 дни, 7мо - при продължителност между 211 и 240 дни, 8мо - при продължителност между 241 и 270 дни, 9то - при продължителност между 271 и 300 дни, 10то - при продължителност между 301 и 330 дни, 11то - при продължителност между 331 и 360 дни и 12то - при продължителност между 361 и 390 дни. Застрахователите покриват по едно

За Застрахования:

За Застрахователите:.....

застрахователно събитие в рамките на една годишнина на застраховката по застрахователни рискове ПБ, Безработица, ПГБ. Плащането на обезщетенията за всички покрития се извършва от Застрахователите на ползващите се лица в срок до 15 работни дни от датата, на която са представени всички изискани от тях доказателства за установяването на събитието и на размера на плащане.

Член 9. Освобождение на Застрахователите от задължението им за извършване на застрахователно плащане. (изключващи клаузи). **9.1 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 са представени неверни или неистински доказателства или документи, както и ако Застрахованият не може да представи необходимите документи за удостоверяване на настъпването на покрит риск (напр. ако не може да представи болничен лист при ПБ).

9.2 Общи изключващи клаузи за рисковете "Смърт", "ТНЗР" и "ПБ": ако настъпилото застрахователно събитие е резултат или във връзка със: самоубийство, опит за самоубийство; сбиване или участие в сбиване от страна на Застрахования; други събития, настъпили вследствие на излагане на опасност, преднамерено действие или непредпазливост от страна на Застрахования, независимо дали под формата на самонадеяност или небрежност, както и когато Застрахованият с действията си е нарушил действащ закон или подзаконен нормативен акт, 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. Не се покриват и събития настъпили при война или военни действия, въстание, държавен преврат, бунт, терористичен акт или други подобни социални явления; 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 злоупотреба, възникнала, докато Застрахованият е бил под въздействието на наркотици или алкохол, чието съдържание в кръвта /установено по надлежния ред/ е над 0.5 промила, 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 са определени от Световната здравна организация; нормална бременност, раждане, прекъсване на бременността по желание на Застрахования и произтичащите от това усложнения; козметична /пластична хирургия, както и хирургични процедури, които не са извършени по изрично лекарско предписание или от правоспособен лекар. Не се покрива риска "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. **9.3 Изключващи клаузи за риска ПГБ:** ако събитието, което е довело до необходимостта от полагане на грижа за болен е настъпило в резултат на който и да е от изключените случаи по чл. 9.1 и 9.2 по-горе; в случай, че Застрахованият е полагал грижа за болния в период от 2 години преди датата на сключване на застраховането. **9.4 Изключващи клаузи при обявяване на обстоятелства от Застрахования при сключване на застраховката за рисковете „Смърт“, „ТНЗР“ и „ПБ“:** ако при сключване на застраховката Застрахованият е имал установена инвалидност с влязло в сила експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК или е бил в процедура по установяване на инвалидност, при настъпване на застрахователно събитие, което е пряк резултат или в причинна връзка със заболяванията/състоянията, описани в експертното решение на ТЕЛК/НЕЛК Застрахователите могат да откажат извършването на застрахователно плащане; **9.5 Общи изключващи клаузи за риска "Безработица":** ако прекратяването на трудовото/служебното правоотношение или на договора за управление на търговско дружество е станало: по взаимно съгласие, както поради виновно и противоправно поведение на Застрахования (нарушение на трудовата дисциплина); в уговорения изпитателен срок; поради пенсионирането на Застрахования; свързано е с предварително уговорен срок на правоотношението /напр. срочен договор/ или на основание на друго предварително известно прекратително условие; е извършено между роднини, вкл. по възходяща или низходяща линия, между съпрузи, съдружници или еднолични собственици на юридически лице, както и в случаи на прекратяване на трудов договор или договор за управление на търговско дружество, които се сключени в чужбина; Застрахованият не е регистриран в съответното териториално "Бюро по труда" като "безработен" или е регистриран в друга група, различна от "безработен" съгласно Закона за насърчване на заетостта. **9.6 Изключващи клаузи при обявяване на обстоятелства от Застрахования при сключване на застраховката за риска „Безработица“:** Не се покрива застрахователно събитие по този риск, в случай, че при сключване към застраховката по отношение за Застрахования не са били налице кумулативно посочените във Въпросника за определяне на изискванията и потребностите и оценка на риска обстоятелства Застрахователите могат да откажат извършване на застрахователно плащане.

Член 10. Промяна в ОУ. Откуп. 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 тях. Настоящите ОУ не дават право на откуп. 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 Застрахователите.

Член 11. Права на застрахования при сключване на застраховката чрез средства за комуникация от разстояние. В 30-дневен срок от датата на сключване на 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-дневният период от датата на сключване на застраховката, в който Застрахованият може да се откаже от застраховката, Застрахователите осигуряват застрахователно покритие съгласно условията по чл. 4 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 застрахователната полица.

За Застрахования:

За Застрахователите:.....

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 Застрахователят 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 уведомлението 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.

Член 12. Кореспонденция. Застрахователите са изпълнили задължението си за уведомяване, ако са изпратили съобщението на последния известен адрес на Застрахования, подаден от него към Застрахователите или Застрахователния посредник. Това правило не се прилага, когато Застрахованият не е уведомил Застрахователите или Застрахователния посредник за текущия си адрес. В този случай за дата на уведомяването се приема изходящата дата на съобщението. Съобщенията към Застрахователите се изпращат с писмо с обратна разписка или се депозират на място в офиса им на следния административен адрес: гр. София 1000, ул. Христо Белчев № 29. За дата на уведомяването се счита датата на получаването на съобщението.

Член 13. Процедура за разглеждане на жалби от Застрахователите. Всякакви въпроси, свързани със застраховката могат да бъдат отправяни към Застрахователите на тел. 00359 2 4915 965 или с писмо на адреса на управление на Застрахователите, посочен по-горе. 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. Жалбата може да се изпрати в писмен вид на адреса на Застрахователите или да се подаде чрез Интернет страницата на Застрахователите www.bnpparibascardif.bg. Образец на жалба е достъпен на www.bnpparibascardif.bg/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. Подробна 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).

Член 14. Спорове между страните. Юрисдикция. Всички спорове, породени от настоящите ОУ или отнасящи се до тях, вкл. споровете, породени или отнасящи се до неговото тълкуване, недействителност, изпълнение или прекратяване, ще бъдат разрешавани от компетентния български съд по реда на Гражданско – процесуалния кодекс.

ЛЕГЕНДА НА ИЗПОЛЗВАНИТЕ СЪКРАЩЕНИЯ: ОУ: Общи условия; ПБ: Продължителни болнични над 30 дни; ПГБ: Полагане на грижа за болен над 30 дни; ТНЗР: Трайно намалена или загубена работоспособност над 70%

Настоящите ОУ за застраховка „Защита на дохода” са в сила от 14.09.2020г.