

## Общи условия на застрахователна програма “Защита на плащанията” на кредитополучателите на овърдрафтни кредити по разплащателна сметка, отпуснати от “Юробанк България” АД

**Чл.1. Общи положения.** Настоящите Общи условия /ОУ/ са неразделна част от Групов застрахователен договор за застрахователна програма “Защита на плащанията” № 6/D/2013 по овърдрафтни кредити, отпуснати от “Юробанк България” АД, наричан по-долу за краткост “Договора”, сключен между “Кардиф Животозастраховане, Клон България”, “Кардиф Общо Застраховане, Клон България”, от една страна като Застрахователи и “Юробанк България” АД /“Банката”/, от друга страна, като Застраховащ (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 които застрахованото лице реализира загуба на обичайния си доход, което влияе неблагоприятно и върху възможността да обслужва надлежно погасителните вноски по кредита, във връзка с който е сключена застраховката.

**Чл.2. Дефиниции.** “Застрахован” е физическо лице, сключило договор за предоставяне на овърдрафт по разплащателна сметка с “Юробанк България” АД и присъединило се към условията на застрахователна програма “Защита на плащанията” по реда, посочен в тези ОУ, 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 със закриване на разплащателната сметка, по която е отпуснат овърдрафта, но не по-късно от 00:00 ч. на деня на навършване на 70 години от Застрахования. Застрахованото лице трябва да е гражданин или постоянно пребиваващ на територията на 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 65 навършени години до 00:00 ч. на деня на навършване на 70 години са покрити само за рисковете инвалидизация над 70% в резултат на злополука и продължителни болнични над 60 дни в резултат на злополука, както и за риска "нежелана безработица в резултат на уволнение над 60 дни", в случай че не са пенсионери; „**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. “**Застрахователно събитие**” е събитие, настъпило със Застрахования през периода на застрахователно покритие; “**Застрахователно плащане**” е паричната сума, която Застрахователите изплащат на Ползващото лице, при настъпване на покрит риск в резултат на настъпило със Застрахования Застрахователно събитие, при условията и в размерите, посочени в тези ОУ; “**Ползващо лице**” по всички рискове, включени в застрахователна програма “Защита на плащанията”, уредена в тези ОУ е Застраховащият (Договорителят) – “Юробанк България” АД, на който при настъпване на Застрахователно събитие и

при определените в Общите условия случаи се извършва Застрахователното плащане. Ако на датата на извършване на Застрахователно плащане няма усвоен, но непогасен лимит по овърдрафта поради погасяването му в периода между датата на настъпване на застрахователното събитие и извършването на застрахователното плащане Ползващо лице е Застрахованият; **“Дата на настъпване на застрахователно събитие”** за риска **ТНЗР** е датата на настъпването на инвалидизацията, съгласно първото по ред решение на ТЕЛК във връзка със „заболяването“ или „злополука“, за което ТЕЛК установява степента на инвалидност съгласно действащата нормативна уредба. В случаите, когато лицето е ползвало **ПБ** във връзка със същата злополука или заболяване довела до инвалидизацията, за дата на настъпване на застрахователното събитие **ТНЗР** се счита датата на издаване на първичния болничен лист за тази злополука или заболяване. Дата на настъпване на застрахователно събитие за риска **ПБ** се счита датата, посочена в първичния болничен лист, издаден във връзка със Заболяването или Злополука; **“Злополука”** означава непредвидено, случайно и внезапно събитие с външен за Застрахования произход, настъпило против неговата воля през периода на застрахователно покритие и причинило телесно увреждане на Застрахования, което води до **ТНЗР, ПБ и ХРЗ**; **“Заболяване”** означава съвкупност от клинични прояви, представляващи болестно състояние, които са диагностицирани в лицензирано лечебно заведение през периода на застрахователно покритие и регистрирани в официален медицински документ, довело до инвалидизация над 70% или продължителни болнични; **“Трайно намалена или загубена работоспособност над 70 %”** означава трайно намалена или загубена работоспособност /**ТНЗР**/, която е медицински удостоверима, вероятно постоянна, нетрудоспособност на Застрахования (i) да упражнява заеманата до момента на инвалидизация 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 като пряк резултат от застрахователното събитие Злополука или Заболяване, настъпили през периода на застрахователно покритие. Състоянието 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%, дефинирана в настоящите условия. **“Продължителни болнични”/ПБ/** е продължило повече от 60 последователни дни състояние на временна неработоспособност, настъпило в резултат на Злополука или Заболяване, 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 застрахователно 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. **“Безработен”** е физическо лице, за което кумулативно трябва да са налице следните обстоятелства: не се намира в трудово-правни или служебни правоотношения, не е самоосигуряващо се лице, не упражнява свободна професия, не извършва никаква дейност, която да му носи каквито и да е доходи, и е регистриран като “безработен” към съответното Териториално Бюро по труда; **“Безработица”** е трудовоправния статус на безработното лице, съобразно дефиницията по-горе, продължило повече от 60 последователни дни; **“Хоспитализация в резултат на злополука”/ХРЗ/** е непрекъсваем над 7 дневен престой на Застрахования в болница по лекарско предписание за извършване на неотложно изследване, наблюдение или лечение във връзка с претърпяна от Застрахования Злополука; **“Болница”** е лечебно заведение за болнично лечение, създадено и

лицензирано в съответствие с действащото законодателство; **“Овърдрафт”** е отпуснат от “Юробанк България” АД на кредитополучатели - физически лица потребителски кредит в евро под формата на овърдрафт по разплащателна сметка на кредитополучателя, открита в Банката, който в рамките на договорения срок може да бъде усвояван и погасяван многократно при определените в договора за кредит условия; **“Усвоен, но непогасен лимит по овърдрафта”** е размерът на усвоените и непогасени суми от овърдрафта, дължими от кредитополучателя на Банката, както и дължимите текущи лихви, такси и комисионни по договора за предоставяне на овърдрафт по разплащателна сметка за периода от последното начисляване на лихви/такси/комисионни (21-во число на всеки месец) до датата на настъпване на застрахователното събитие. Не се покриват лихви за просрочие и такси и комисионни във връзка със забавено плащане на дължими суми по кредита от страна на Застрахования, както и лихви, такси и комисионни във връзка с превишаване на Първоначалния размер на овърдрафта /ползване на неразрешен овърдрафт/; **“Първоначален размер на овърдрафт”** е размерът на разрешения за ползване потребителски кредит под формата на овърдрафт съгласно договора за предоставяне на овърдрафт по разплащателна сметка. **“Годишнина на застраховката”** е всеки едногодишен период от срока на застраховката, който се изчислява, считано от датата на сключване на застраховка “Защита на плащанията” с подписване на Декларация за определяне на изискванията и потребностите и за приемане на застраховането; **“Исключващи клаузи”** са посочените в чл.11 от тези ОУ обстоятелства, при наличието на които Застрахователите се освобождават от задължението за 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 на Застрахования чрез Застрахователния агент, в качеството му на обработващ лични данни, 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 закони 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 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 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 „Известието 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](mailto: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](mailto: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 **НБРУ**. 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 към условията на Груповия застрахователен договор. 4.1.** С подписването на “Декларацията определяне на изискванията и потребностите и за приемане на застраховането“ и Общите условия на застрахователна програма “Защита на плащанията” на кредитополучателите на овърдрафтни кредити по разплащателна сметка, предоставени от “Юробанк България” АД, кредитополучателите изразяват своето изрично писмено съгласие да се присъединят като застраховани лица към условията на програма “Защита на плащанията”. 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 резултат или е в причинно-следствена връзка с това декларирано обстоятелство, се прилага изключващата клауза по чл.11.2 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 на 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. **4.2.** Присъединяването към условията на Груповия застрахователен договор може да бъде извършено присъствено или чрез средства за комуникация от разстояние. **4.2.1.** 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 съдържането 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. **4.2.2.** 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 разплащателната сметка, по която е предоставен потребителски кредит под формата на овърдрафт. **5.2.** Началната и крайната дата на застрахователните покрития по “Защита на плащанията”, при редовно заплащане на застрахователните премии, са: **1) при присъединяване към застрахователната програма на кредитополучател по новоотпуснат овърдрафт:** за **ТНЗР, ПБ** в резултат на злополука и **ХРЗ** - от 00:00 часа на деня следващ деня, в който овърдрафтът е предоставен по разплащателната сметка на Застрахования, за риска **ПБ** в резултат на заболяване - от 00:00 часа на 31-я ден от деня, в който овърдрафтът е предоставен по разплащателната сметка на Застрахования, а за риска **НБРУ** – от 00:00 часа на 91-я ден от деня, в който овърдрафтът е предоставен по разплащателната сметка. За всички рискове застрахователното покритие е в сила до 24:00 часа на последния ден от срока на разплащателната сметка, по която е предоставен потребителски кредит под формата на овърдрафт; **2) при присъединяване към застрахователната програма на кредитополучател по вече отпуснат овърдрафт:** за рисковете **ТНЗР** в резултат на злополука или заболяване, **ПБ** в резултат на злополука и **ХРЗ** - от 00:00 часа на деня, следващ деня в който Застрахованият е приел застраховането, за риска **ПБ** в резултат на заболяване от 00:00 часа на 31-я ден от деня, в който Застрахованият е приел застраховането, а за риска **НБРУ** – от 00:00 часа на 91-я ден от деня, в който Застрахованият е приел застраховането. За всички рискове застрахователното покритие е в сила до 24:00 часа на последния ден от срока на разплащателната сметка, по която е предоставен потребителски кредит под формата на овърдрафт. **5.3** При начисляване и плащане на съответна дължима премия Застрахованият има осигурено застрахователно покритие през следващия месец, считано от 21-во число на текущия месец. При неплащане на първа или следваща текуща месечна застрахователна премия на 21-во число на съответния месец Застрахователите осигуряват гратисен период до следващата месечна застрахователна премия, в рамките на който застрахователното покритие остава в сила. В 00:00 часа на деня, в който изтича гратисния период, застрахователното покритие се прекратява автоматично, в случай че дължимата премия не е събрана от Банката и платена на Застрахователите. Ако кредитополучателят започне отново да плаща съответните

месечни застрахователни премии в срок до 60 дни след изтичането на гратисния период, застрахователното покритие се възстановява с действие на покритието занапред, считано от деня, в който Застрахованият е заплатил всички дължими към момента премии. Застрахователят не покрива събития, настъпили в периода, в който покритието е било прекратено поради неплащане на дължима застрахователна премия. **5.4.** Застрахователното покритие по отделните рискове се прекратява както следва: за риска **ТНЗР в резултат на заболяване** - с навършване на 65-годишна възраст от Застрахования; за риска **ПБ в резултат на заболяване** - от деня на пенсионирането на Застрахования, но не по-късно от деня, в който той навършва 65 години; за рисковете **НБРУ** и **ПБ в резултат на злополука** - от деня на пенсионирането на Застрахования, но не по-късно от деня, в който той навършва 70 години; с извършването на застрахователно плащане по риска **НБРУ** в рамките на една годишнина от застраховката, като застрахователното покритие са възобновява през следващата годишнина на застраховката, при редовно плащане на застрахователните премии; за рисковете **ХРЗ** и **ПБ в резултат на злополука или заболяване** - с извършването на застрахователно плащане, по който и да е от тези рискове в рамките на една годишнина от застраховката, като застрахователното покритие се възобновява през следващата годишнина на застраховката, при редовно плащане на застрахователните премии. Застрахователното покритие по отделните рискове се прекратява и при достигане на максималния лимит на застрахователното плащане за съответната годишнина от застраховката, който за всички рискове за една годишнина от застраховката по отношение на всеки Застрахован е равен на първоначалния размер на овърдрафта, но не повече от 7 000 евро. Застрахователното покритие са възобновява през следващата годишнина на застраховката, при редовно плащане на застрахователните премии. **5.5.** Застраховката се прекратява при следните случаи: в деня на настъпила смърт; с навършване на 70 години от Застрахования; при инвалидизация на Застрахования – в случай на извършено застрахователно плащане; при предприемане от "Юробанк България" АД на съдебни действия по принудително събиране на вземанията при предсрочна изискуемост на кредита; при прекратяване на договора за предоставяне на овърдрафт по разплащателна сметка; при закриване на разплащателната сметка, по която се отпуска и усвоява овърдрафта; 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; **5.6** Извън случаите по т.5.5 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 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: ТНЗР, ПБ** - всичките в резултат на злополука или заболяване; **НБРУ** при условията на чл. 328, ал. 1, т.1-8 и т.11, т.12 от Кодекса на труда, както и 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. През времето, през което Застрахованият полага труд по трудово или служебно правоотношение или договор за управление, той се счита за застрахован за **НБРУ**. Ако в периода на застрахователното покритие настъпят обстоятелства, поради които Застрахованият за **НБРУ** не може да се възползва от този риск /напр. поради прекратяване на трудовото или служебното правоотношение, или договора за управление/, се активира покритието за **ХРЗ**. Териториалният обхват на застрахователното покритие за рисковете, **ПБ** и **ХРЗ** е територията на цял свят, а за рисковете **ТНЗР** и **НБРУ** - 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"><b>Приложими, независимо от вида на застрахователното събитие</b></p>	<p>✓ Копие на лична карта на Застрахования, респ. неговите наследници;</p>
<p align="center"><b>Допълнителни документи според вида на настъпилото събитие са:</b></p>	
<p><b>1. Трайно намалена или загубена работоспособност над 70% в резултат на злополука или заболяване</b></p>	<p>✓ копие от влязло в сила експертно решение/я на ТЕЛК/НЕЛК;                  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> <p>✓ 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>
<p><b>2. Продължителни болнични над 30 дни в резултат на злополука или заболяване</b></p>	<p>✓ копие от първичен болничен лист и неговите продължения, издадени от лекуващ лекар, ЛКК или ТЕЛК по реда, предвиден в действащата нормативна уредба;</p> <p>✓ копие на епикриза/и от хоспитализации;</p> <p>✓ подробна етапна епикриза от личен лекар/справка от РЗОК/НЗОК, амбулаторни листове от прегледи и консултации, епикриза/и от хоспитализации;</p> <p>В случай че събитието е настъпило в резултат на злополука:</p> <p>✓ документи, удостоверяващи обстоятелствата, при които е настъпила злополуката (Напр.: описание на случая при битова</p>

	злополука, Разпореждане на НОИ при трудова злополука; Протокол и химическа експертиза на кръвта при ПТП).
<p><b>3. Нежелана безработица в резултат на уволнение над 60 дни</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 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;</li> <li>✓ заповед за прекратяване на трудовото правоотношение или договора за управление на търговско дружество;</li> <li>✓ 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 дружество, както и при прекратяване на дейността на Застрахования като Самоосигуряващо се лице);</li> </ul> <p>В случай на реализиран риск <b>НБРУ</b>, 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><b>4. Хоспитализация в резултат на злополука, продължила над 3 последователни дни</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ копие на епикриза от хоспитализация;</li> <li>✓ копие на болничен лист, ако такъв е издаден;</li> <li>✓ попълнен от лекуващия лекар Амбулаторен лист;</li> <li>✓ копие на Протокол за настъпилата злополука (напр. протокол за ПТП);</li> <li>✓ заключение от извършената химическа експертиза за наличие на алкохол или наркотични вещества в кръвта;</li> <li>✓ резултати от извършени изследвания за образна диагностика (ако не са описани в епикризата).</li> </ul>
<p align="center"><b>Представените документи трябва да бъдат издадени в съответствие със законите на РБългария.</b></p>	

**7.2** За извършване на застрахователно плащане в полза на Застрахования или неговите законни наследници при настъпило застрахователно събитие след пълно предсрочно погасяване на кредита при платена еднократна застрахователна премия на Застрахователя се представя и удостоверение за лична банкова сметка и оригинал (или нотариално заверено копие) на удостоверение за наследници.

**7.3** За събития, настъпили извън територията на РБългария, 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. **7.4**

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. **7.5** 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 и плащане на Застрахователната премия. Индексация.**

**8.1** Застрахователният период е месечен. **8.2** Застрахователната премия е месечна и е в размер на 0,659% от усвояния, но непогасен лимит на овърдрафта към 21-во число на съответния месец. В размера на застрахователната премия е включен 2% данък съгласно Закона за данъка върху застрахователните премии за покриваните от Застрахователите рискове по класове застраховки по Раздел II от Приложение №1 от Кодекса за застраховането. Първата застрахователна премия се дължи от Застрахования в срок до 30 дни от деня на приемане на застраховането от Застрахованото лице. Месечната застрахователна премия се начислява от Банката като задължение по кредита на 21-во число на съответния месец и се събира служебно на тази дата от наличните средства по разплащателната сметка, към която е отпуснат овърдрафта. При липса на достатъчно средства по сметката на посочената дата, дължимата премия се събира като се отнася (добавя) като задължение по овърдрафта, ако е налице достатъчна разполагаема наличност по разрешен овърдрафт. В случай че към посочената дата няма достатъчна разполагаема наличност, поради което премията не може да бъде отнесена като задължение по овърдрафта, то тя се събира служебно от Банката на датата на постъпване на достатъчно средства по разплащателната сметка, към която е отпуснат овърдрафтът. Прилага се чл.5.3. Застрахователната премия се начислява и събира в евро. При подписване на Декларация за определяне на изискванията и потребностите и за присъединяване към застрахователна програма “Защита на плащанията” Застрахованият дава съгласие застрахователната премия да се събира от Банката служебно от наличните средства по разплащателната сметка, по която е отпуснат овърдрафта, с приоритет пред останалите задължения по договора за овърдрафт, а в случай че към датата на плащането не е осигурена необходимата сума, премията да се начисли като ползван неразрешен овърдрафт по сметката и да се увеличат съответно задълженията ми по сключения договор за овърдрафт. **8.3** 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 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, индексирания 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 застрахователния посредник “Юробанк България” АД.

**Чл.9. Ползващо лице.** Застрахователното плащане се извършва от Застрахователите на Банката, като Ползващо лице, по сметка, посочена от нея. Банката се задължава незабавно да извърши погасяване на усвояния, но непогасен лимит на овърдрафта по разплащателната сметка на Застрахования. Ако в деня на извършване на Застрахователно плащане няма усвоен, но непогасен

лимит по овърдрафта /поради погасяването му в периода между Датата на настъпване на застрахователното събитие и датата на извършване на дължимото Застрахователно плащане/, Ползващо лице е Застрахованият. В тези случаи застрахователното плащане се извършва по сметка на Застрахования, като той заверява със сумата на Застрахователното плащане разплащателната сметка на Застрахования, по която е отпуснат овърдрафта. Заверяването се извършва в края на работния ден, в който Застрахованият (Договорител) е получил плащането.

**Чл.10. Размер за застрахователното плащане и срокове за извършването му.** За всички покрити рискове по застраховката застрахователната сума е в размер на усвоения, но непогасен лимит на овърдрафта към Датата настъпване на Застрахователното събитие. Застрахователното плащане се извършва в евро. В случай че към датата на настъпване на Застрахователно събитие по покрит риск няма усвоен, но непогасен лимит по овърдрафта, Застрахователите не дължат извършване на Застрахователно плащане - нито в полза на Застрахования (Договорителя), нито в полза на Застрахования. Застрахователите покриват за всяка годишнина от срока на застраховката само едно застрахователно събитие по рисковете **“ТНЗР”**, **ПБ** и **ХРЗ**. С извършване на Застрахователно плащане във връзка с настъпило застрахователно събитие по един от покритите рискове **ПБ** или **ХРЗ**, застрахователното покритие по рисковете **ПБ** и **ХРЗ** се прекратява в рамките на текущата годишнина от срока на застраховката, а с извършване на застрахователно плащане по настъпил риск **„ТНЗР“** застраховката се прекратява. При извършване на застрахователно плащане във връзка с настъпило застрахователно събитие по един от покритите рискове **ПБ** или **“ХРЗ”** в оставащия период от текущата годишнина на застраховката Застрахователите покриват само застрахователни събития, настъпили във връзка с риска **“НБРУ”**, ако Застрахованият е покрит за този риск. Застрахователните плащания се извършват с действие напред, след изтичане на 60 дни от датата на настъпване на рисковете **ПБ** и **НБРУ** и след изтичане на 7 дни от датата на настъпване на **ХРЗ**. 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. Застрахованият носи лична отговорност за надлежно изпълнение на задълженията си към кредитора за първите 60 дни от настъпването на рисковете **ПБ** и **НБРУ** и за първите 7 дни от настъпване на риска **ХРЗ**. Застрахователите извършват застрахователното плащане в полза на съответното Ползващо лице по застраховката в срок до 15 работни дни от датата, на която са представени всички изискани от тях доказателства за установяването на застрахователното събитие и на размера на плащането. При настъпване на застрахователно събитие Застрахованият (респ. неговите наследници) и солидарно задължените лица по договора за овърдрафт не се освобождават от задълженията си за редовно издължаване по договора за овърдрафт до официално решение на Застрахователите по застрахователната претенция.

**Чл.11. Освобождаване на Застрахователите от задължението им за извършване на застрахователно плащане. (изключващи клаузи).** **11.1 Общи изключващи клаузи за всички рискове:** Застрахователите се освобождават от задължението 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 или документи които не потвърждават безспорно, че настъпилото състояние отговаря стриктно на дефинициите по чл. 2 от настоящите ОУ. Застрахователите не дължат застрахователно плащане и в случай на претенция за извършване на застрахователно плащане, без надлежните доказателства за настъпване на покрито застрахователно събитие. При настъпили **ПБ** Застрахователите не изплащат съответната застрахователна сума 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. Застрахователите се освобождават от задължението си за извършване на застрахователно плащане и

в случаите, при които Застрахованият е декларирал обстоятелства във връзка с неговия здравен статус, които попадат към изключенията от застрахователно покритие и Застрахователите са узнали за тези обстоятелства. Отговорността на Застрахователя по отношение на рисковете **ТНЗР**, **ПБ** и **ХРЗ** се изключва в случай, че: застрахователното събитие е резултат от всяко заболяване, страдание или физическо състояние, както и неговите усложнения и рецидиви, за което Застрахования е получил медицинско консултиране, диагностициране или лечение в тригодишен период преди датата на застраховането, за които Застрахованият е представил на Застрахователите невярна и/или непълна информация или не е обявил при попълването на „Кратък медицински въпросник“; самоубийство, опит за самоубийство; 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 на Застрахования, излагане на опасност; 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; бунт или метеж, граждански вълнения, тероризъм, война или какъвто и да е акт, произтичащ от война (независимо дали обявена или не) или докато Застрахования 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). 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. Застрахователят не покрива риска **НБРУ**, в случай че прекратяването на трудовото /служебното правоотношение е: станало по желание или със съгласието на Застрахования, в т.ч. по взаимно съгласие, както и поради негово виновно и противоправно поведение/дисциплинарно уволнение/ или процедурата по прекратяването му е реализирана преди началото на застрахователното покритие; станало в уговорения изпитателен срок; е станало поради пенсионирането на Застрахования; е свързано с предварително уговорен срок на правоотношението или на основание на друго предварително известно прекратително условие; извършено между роднини, включително роднини по възходяща или низходяща линия, съпрузи, съдружници или акционери, както и в случай на прекратяване на трудов договор, респ. договор за управление в търговско дружество, които са сключени в чужбина;

Застрахованият не се регистрира в съответното териториално “Бюро по труда” като безработен, както и в случай, че кредитът е усвоен след прекратяването на трудовия договор или след започване на процедурата по прекратяването му. **11.2 Изключваща клауза за рисковете ТНЗР, ПБ и ХРЗ 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 рискове ТНЗР, ПБ или ХРЗ е в резултат или в причинно-следствена връзка с декларирано от Застрахования обстоятелство; **11.3** В случай че Застрахователите отхвърлят искане за застрахователно плащане на основанията, посочени по-горе, Застрахованият не се освобождава от задълженията си за плащане по договора за предоставяне на овърдрафт по разплащателна сметка.

**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 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.

**Чл.13. Промяна в Груповия застрахователен договор. Прекратяване. Откуп.** Застрахованият и Застрахователите не могат да внасят едностранно промени в Груповия застрахователен договор. Промяната се извършва чрез изготвяне и подписване на добавък към него, за което Застрахованият бива надлежно писмено уведомен, когато това го касае. Прекратяването на договора не води до прекратяване на активните застрахователни покрития по сключени застраховки преди датата на прекратяване на договора. 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 страна на съответния застраховател.

**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 Застрахователя (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, с писмо на адреса на управление на Застрахователите: гр. София, ул. Христо Белчев №29А или на електронната поща на Застрахователите: [cardifbulgaria@cardif.com](mailto: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](mailto:cardifbulgaria@cardif.com). Образец на жалба е достъпен на [www.bnpparibascardif.bg](http://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](http://www.bnpparibascardif.bg). Ако жалбоподателя не е удовлетворен от отговора на жалбата, той може да сезира Комисията за защита на потребителите ([www.kzpr.bg](http://www.kzpr.bg)) и/или Комисията за финансов надзор ([www.fsc.bg](http://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 администрират, 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 тяхното 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 са в сила от 09.01.2017г., изм. на 01.09.2017 г., изм. на 10.10.2020г., изм. 23.09.2022 г., изм. и доп. на 18.12.2025 г.

**Безусловно приемам написаното на всяка страница от настоящите Общи условия:**

**Застрахован:**.....  
/име, презиме и фамилия/

.....  
/собственоръчен подпис/

**Дата:**.....  
/Ден, месец, година/

**За кредитора:**.....