ДЕКЛАРАЦИЯ

за определяне на изискванията и потребностите и за присъединяване на Застраховано лице към застрахователна програма "Защита за 66+" за кредитополучателите на потребителски кредити, предоставени от "ТИ БИ АЙ Банк" ЕАД и Допълнителни медицински услуги „Второ медицинско мнение" и „Програма за превенция на здравето", предоставени от MediGuide International

Подписаният: ……; ЕГН:……..
/три имена и ЕГН на Застрахованото лице – Кредитоискател/Кредитополучател/
Email: …… Телефонен номер: ……
С цел определяне на изискванията и потребностите ми за сключване на застраховката, заявявам следното:

- ✓ Кредитополучател съм по потребителски кредит, предоставен от "ТИ БИ АЙ Банк" ЕАД;
- ✓ към датата на подписване на настоящия документ съм на възраст между 66 и 75 години вкл.;
- ✓ интересувам се от застрахователна защита срещу непредвидени неблагоприятни събития свързани с моя живот, здраве и работоспособност, в резултат на които мога да претърпя загуба на обичайния си доход, влияеща неблагоприятно върху възможността ми да обслужвам надлежно погасителните вноски по кредита;

Информиран/а съм и приемам, че след анализ на цялата предоставена от мен информация, включително и събраната информация във връзка с договора за потребителски кредити от "ТИ БИ АЙ Банк" ЕАД, застрахователна програма "Защита за 66+" за кредитополучателите на потребителски кредити, предоставени от "ТИ БИ АЙ Банк" ЕАД съответства на изискванията и потребностите ми, при следните покрития:

1. Смърт в резултат на злополука или заболяване;
2. Хоспитализация над 3 дни в резултат на злополука /**ХРЗ**/;

Специални ограничения на отговорността на Застрахователя:

При положителен отговор на въпрос за наличието на експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК, Застрахователното покритие „**Смърт**" не включва в обхвата си увреждания и заболявания, установени по надлежния ред от компетентните органи по медицинска експертиза на работоспособността.

Информиран/а съм и приемам, че лимитите на застрахователно плащане са посочени в застрахователния сертификат се прилагат за едно събитие и общо за всички активни към датата на събитието застраховки към договорите ми за потребителски кредити от "ТИ БИ АЙ Банк" ЕАД, по които имам качеството Застраховано лице. Уведомен съм, че при достигане на максималния лимит на застрахователното плащане по риска **ХРЗ** при стокови кредити покритието по него се прекратява.

С настоящата декларация давам изричното си съгласие за присъединяване като ползващо се лице към допълнителни медицински услуги „Второ медицинско мнение" и „Програма за превенция на здравето", предоставени от MediGuide International към застрахователна програма "Защита за 66+" за кредитополучателите на потребителски кредити, предоставени от "ТИ БИ АЙ Банк" ЕАД. Декларирам, че към датата на настоящата декларация не съм ползващо се лице по медицинска услуга „Второ медицинско мнение", предоставена от MediGuide International LLC, Delaware, U.S.A. с адрес 162 Stone Block Row, PO Box 4413, Greenville, DE 19807 USA - (800) 961-4843.

С настоящото давам съгласие при настъпване на застрахователно събитие, застрахователното плащане да бъде извършено в полза на "ТИ БИ АЙ Банк" ЕАД, съгласно предвиденото в **ОУ** на застраховката.

С подписването на настоящата декларация удостоверявам, че получих Информационен документ за застрахователния продукт и информацията съгласно Кодекса за Застраховането по отношение на Застрахователя, Застрахователния посредник и застрахователна програма "Защита за 66+".

Моля, отговорете на следния въпрос:

Имате ли установена инвалидност с влязло в сила решение на ТЕЛК/НЕЛК или намирате ли се в процедура по установяване на инвалидност? Моля отбележете вярното: Да ☐ Не ☐

Запознат(а) съм, че ако имам установена инвалидност с влязло в сила експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК или се намирам в процедура по установяване на инвалидност, при настъпване на застрахователно събитие - пряк резултат или в причинна връзка със заболяванията/състоянията, описани в това експертно решение Застрахователите могат да откажат извършването на застрахователно плащане по риска "Смърт".

ОБРАЗЕЦ

С подписване на настоящия документ, удостоверявам, че ми бе дадена възможност да изразя свободната си воля и бях изрично попитан дали имам влязло в сила решение на ТЕЛК/НЕЛК или се намирам в процедура по установяване на инвалидност. С полагане на подписа, потвърждавам, че съдържащата се информация е отразена в документа в съответствие с казаното от мен, без да е била изменяна по какъвто и да е начин, че е пълна и вярна във всяко отношение и потвърждавам нейната истинност.

С настоящото изрично заявявам, че съм уведомен, че Застрахователният агент ще предоставя на Застрахователите CARDIF ASSURANCES VIE SA, FRANCE чрез клона си "Кардиф Животозастраховане, Клон България" КЧТ и CARDIF ASSURANCES RISQUES DIVERS SA, FRANCE чрез клона си "Кардиф Общо застраховане, Клон България" КЧТ, актуални данни относно телефонния ми номер и/или електронен адрес, с които разполага, във връзка с поддържането на клиентски взаимоотношения с мен от Застрахователите или упълномощени от тях трети лица чрез осъществяване на телефонно обаждане, SMS или e-mail.

В случай че избера да подпиша настоящия документ електронно, с подписването му удостоверявам също, че ми бе дадена възможност да изразя свободната си воля и бях изрично попитан за обстоятелствата относно здравния ми статус. С полагане на електронния подпис потвърждавам, че съдържащата се информация е отразена в документа в съответствие с казаното от мен, без да е била изменяна по какъвто и да е начин, че е пълна и вярна във всяко отношение и потвърждавам нейната истинност.

Застраховано лице (Кредитоискател/Кредитополучател): ..... Дата:……

/собственоръчен подпис/

ОБРАЗЕЦ

Информация по чл. 324-327 от КЗ за застрахователна програма "Защита за 66+" за кредитополучателите на потребителски кредити, предоставени от "ТИ БИ АЙ Банк" ЕАД

Застрахователна програма "Защита за 66+" за кредитополучателите на потребителски кредити, предоставени от "ТИ БИ АЙ Банк" ЕАД, се предлага съгласно Групов застрахователен договор за застрахователни програми "Защита на кредита", „Защита за 66+" и „Защита на сметките" № 1/ 2019г., сключен между Застрахователите "Кардиф Животозастраховане, Клон България" и "Кардиф Общо Застраховане, Клон България", от една страна като Застрахователи и "ТИ БИ АЙ Банк" ЕАД, като Застраховащ. Застраховката се предлага чрез "ТИ БИ АЙ Банк" ЕАД в качеството на застрахователен посредник.

Застрахователите и застрахователният посредник предоставят на потребителите на застрахователни услуги следната информация:

Информация за Застрахователите: CARDIF ASSURANCES VIE SA, FRANCE с адрес 8 Rue du Port, 92000 Nanterre извършва застрахователна дейност на територията на Република България чрез клона си "Кардиф Животозастраховане, Клон България" КЧТ, регистриран в търговския регистър при Агенция по вписванията (www.brra.bg) с ЕИК 175190059 със седалище гр. София и адрес на управление: гр. София, ул. Христо Белчев № 29, вх. "А", ет.1-3. CARDIF ASSURANCES RISQUES DIVERS SA, FRANCE с адрес 8 Rue du Port, 92000 Nanterre извършва дейност на територията на Република България чрез клона си "Кардиф Общо застраховане, Клон България" КЧТ, регистриран в търговския регистър при Агенция по вписванията с ЕИК 175190073, със седалище гр. София и адрес на управление: гр. София, ул. Христо Белчев № 29, вх. "А", ет.1-3. Телефонът за връзка със Застрахователите е 02/4915974. Докладът за платежоспособността и финансовото състояние на CARDIF ASSURANCES VIE SA и CARDIF ASSURANCES RISQUES DIVERS SA е достъпен на www.cardif.fr. Застрахователите не предоставят съвети съгласно чл. 324, ал. 1, т. 7 от Кодекса за застраховането.

Информация за застрахователния посредник: "ТИ БИ АЙ Банк" ЕАД със седалище и адрес на управление: гр. София, ул. „Димитър Хаджикоцев" № 52-54, вписано в търговския регистър на Агенцията по вписванията ЕИК 131134023, действа като застрахователен агент на "Кардиф Животозастраховане, Клон България" КЧТ и "Кардиф Общо застраховане, Клон България" КЧТ по силата на Договор за застрахователно агентство от 26.08.2019г. в сила от 01.09.2019 г. срещу получаване на комисиона, която е включена в застрахователната премия. Застрахователният агент действа от името и за сметка на Застрахователите "Кардиф Животозастраховане, Клон България" КЧТ и "Кардиф Общо застраховане, Клон България" КЧТ. Застрахователният агент е вписан в публичния регистър на Комисията за финансов надзор на застрахователните посредници като застрахователен агент на "Кардиф Животозастраховане, Клон България" КЧТ и "Кардиф Общо застраховане, Клон България" КЧТ и се легитимира с Удостоверение за легитимация №005. Проверка и допълнителна информация за агента е налична на интернет страницата на Комисията за финансов надзор www.fsc.bg. "ТИ БИ АЙ Банк" ЕАД не притежава пряко или чрез свързани лица повече от 10 на сто от гласовете в общото събрание или от капитала на застраховател. Застраховател или предприятие майка на застраховател не притежават пряко или чрез свързани лица акции или дялове, представляващи повече от 10 на сто от гласовете в общото събрание или от капитала на "ТИ БИ АЙ Банк" ЕАД. Cardif Assurances VIE чрез клона си "Кардиф Животозастраховане, Клон България" КЧТ и Cardif Assurances Risques Divers чрез клона си "Кардиф Общо Застраховане, Клон България" КЧТ не притежават пряко или чрез свързани лица акции или дялове, представляващи повече от 10 на сто от гласовете в общото събрание или от капитала на застрахователния агент - "ТИ БИ АЙ Банк" ЕАД. Застрахователният агент действа съгласно разпоредбите на чл.325, ал.2, т.3 от **КЗ**.

Застраховка "Защита за 66+" се предлага като допълнителна финансова услуга на клиентите на "ТИ БИ АЙ Банк" ЕАД, на които е отпуснат потребителски кредит. Застраховка "Защита за 66+" се сключва при условията на чл.382 от Кодекса за застраховането като застраховка за обезпечение на кредит /в полза на кредитора/ и предоставя на Застрахованите лица застрахователна закрила при настъпване на рисковете, посочени в Общите условия, в резултат на които Застрахованото лице реализира загуба на обичайния си доход, влияеща неблагоприятно върху възможността да обслужва остатъчното задължение по потребителския кредит, във връзка с който е сключена застраховката. Сключването на застраховката не е условие за предоставяне на кредит от "ТИ БИ АЙ Банк" ЕАД. Финансовите параметри на кредита не са обвързани със сключване на застраховката.

ОБРАЗЕЦ

Застрахователите и застрахователният посредник предоставят на потребителите на застрахователни услуги следната информация за застрахователна програма "Защита за 66+":

1. Застраховани лица: Физически лица, кредитополучатели на кредит от „ТИ БИ АЙ Банк" ЕАД с размер на разполагаемата част от кредита (без финансираната застрахователна премия, както и други такси по кредита) до 10 000 евро и срок за погасяване – до 60 месеца, граждани или постоянно пребиваващи на територията на държави-членки на ЕС и Европейското икономическо пространство или на територията на Обединено кралство Великобритания и Северна Ирландия на възраст от 66 г. към момента на приемане на застраховането и 75 години включително към момента на изтичане на индивидуалното застрахователно покритие. Не се застраховат лица, американски граждани, вкл. лица с двойно гражданство, държатели на "Зелена карта" или други, субекти на данъчно облагане в САЩ или такива, които не отговарят на определения от Застрахователите рисков профил. Застрахователите не приемат за застраховане 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.

2. Присъединяване към застрахователната програма: С подписването на „Декларацията за определяне на изискванията и потребностите и за приемане на застраховането" кредитополучателите изразяват своето изрично писмено съгласие да се присъединят като застраховани лица към условията на Груповия застрахователен договор. Кандидатът за застраховане следва да приеме Общите условия на застраховката. С цел извършване на предварителна медицинска оценка на риска и подписвайки „Декларацията за определяне на изискванията и потребностите и за приемане на застраховането", 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.

3. Застрахователни покрития, застрахователна сума и лимити, Ползващо лице:

Покрити рискове	Застрахователна сума и лимити	Ползващо лице*
/1/ Смърт в резултат на злополука или заболяване	**Баланса по кредита (БК),** но не повече от 15 000 евро.	Застраховащият "ТИ БИ АЙ Банк" ЕАД
/2/ Хоспитализация над 3 дни в резултат на злополука **/ХРЗ/**	до 4 застрахователни плащания, в зависимост от продължителността на състоянието, всяко в размер на 25% от **БК,** но не повече от 3 750 евро на застрахователно плащане за потребителски кредит за общо ползване („паричен кредит")и не повече от 1 250 евро на застрахователно плащане за потребителски кредит за финансиране покупката на стоки и услуги („стоков кредит"). Общият максимален лимит на застрахователната сума за всички активни застраховки на Застрахования към стокови кредити, предоставени от "ТИ БИ АЙ Банк" ЕАД, във връзка с едно застрахователно събитие по риска **ХРЗ** е в размер на 5 000 евро. При достигането на максималния лимит на застрахователната сума, покритието по риска **ХРЗ** се прекратява.	Застраховащият "ТИ БИ АЙ Банк" ЕАД

*При пълно предсрочно погасяване на кредита ползващо лице по всички рискове е Застрахованият / законните му наследници.

4. Изключения от застрахователно покритие (изключващи клаузи). 4.1 Общи изключващи клаузи за всички рискове: В Общите условия на застрахователната програма са изчерпателно изброени случаи, в които Застрахователите се освобождават от задължението си за извършване на застрахователно плащане. 4.2 Изключваща клауза за риска "Смърт" при обявяване на обстоятелства от Застрахования при присъединяване към застраховката: ако при присъединяване към 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

ОБРАЗЕЦ

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.

5. Размер и плащане на застрахователната премия: Застрахованото лице заплаща еднократно при отпускане на кредита застрахователна премия в размер на 0,449% от първоначалния размер на кредита и данък върху застрахователната премия в размер на 0,001% от първоначалния размер на кредита.

6. Срок на застраховката. Начало и край на периода на застрахователното покритие. Срокът на застраховката е равен на срока на кредитния договор. Периодите на застрахователното покритие, както и основанията за прекратяване са определени съгласно чл.4 от Общите условия (**ОУ**) на застраховката.

7. Процедура за уведомяване на Застрахователите за настъпило застрахователно събитие и изплащане на застрахователни плащания: При настъпване на застрахователно събитие застрахованото лице/неговите наследници е необходимо да уведомят Застрахователите за това по един от следните начини и в срок до 10 дни след настъпване на събитието: на специалната телефонна линия № 02 49 15 974; на място в офиса на Застрахователите или с писмо на адрес: гр. София, ул. Христо Белчев № 29, вх "А" или на електронната поща на Застрахователите: cardifbulgaria@cardif.com. Застрахованият или неговите законни наследници трябва да попълнят съответното "Уведомление за настъпило застрахователно събитие" и приложат описаните в него документи, и да ги изпратят по електронната поща на Застрахователите: cardifbulgaria@cardif.com, на място в офиса на Застрахователите или с писмо на адреса - гр. София, ул. Христо Белчев № 29, вх "А". Застрахованият или неговите законни наследници могат да получат съответния формуляр на "Уведомление за настъпило застрахователно събитие" от Застрахователния агент, Застрахователите или да бъде намерен на интернет страницата им - www.bnpparibascardif.bg . Застрахователите се произнасят с решение за извършване на застрахователно плащане или отказ от извършване на застрахователно плащане в срок до 15 работни дни от датата на представяне на последно изисканите от тях документи.

8. Изменение на Груповия застрахователен договор: Груповият застрахователен договор може да бъде изменен, чрез подписване на анекс между Застраховащия "ТИ БИ АЙ Банк" ЕАД и Застрахователя. "ТИ БИ АЙ Банк" ЕАД в качеството на кредитор уведомява Застрахования за промени, които могат да имат за последица прекратяване на договора, намаляване на размера на застрахователната сума или по друг начин може да засегнат интересите на Застрахования. При поискване от Застрахования, посочената информация се предоставя от Застрахователите.

9. Данъци и такси във връзка със застраховката: Данъкът, определен в Закона за данък върху застрахователните премии (**ДЗП**) се заплаща от Застрахования заедно с дължимата застрахователна премия. Размерът на данъка върху застрахователните премии се определя към датата на плащането на съответната премия. Към датата на последната ревизия на настоящата информация данъкът върху застрахователните премии е в размер на 2% върху застрахователната премия. Всички данъци, такси и други плащания върху застрахователната премия, които съществуват или ще бъдат установени при промяна на нормативната уредба са за сметка на Застрахованото лице.

10. Процедура за разглеждане на жалби от агента: Потребителите на застрахователни услуги могат да подават жалби на адреса на "ТИ БИ АЙ Банк" ЕАД относно действията на застрахователния агент. 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).

11. Процедура за разглеждане на жалби от Застрахователите: Всякакви въпроси, свързани със застраховката могат да бъдат отправяни към Застрахователите на тел.02/4915974 или с писмо на адреса на управление на Застрахователите, гр. София, ул. Христо Белчев №29А или на електронната поща на Застрахователите: cardifbulgaria@cardif.com. В случай на несъгласие на Застраховани с решението на Застрахователите по предявена от Застраховани 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. 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 застрахователното 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

OBRAZEC

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).

12. Извънсъдебно разрешаване на спорове. При възникване на спор между потребител на застрахователни услуги и Застрахователите и/или Застрахователния агент засегнатите страни ще положат всички усилия за приемливо разрешаване на спора извън съда. В определени случаи Застрахователите предлагат провеждането на организирана от тях извънсъдебна процедура за разрешаване на спор между застрахования или негови законни наследници във връзка с отказ на Застрахователите да извършат застрахователно плащане. Повече информация за условията и начина на провеждане на процедурата е достъпна на www.bnpparibascardif.bg. Потребителите на застрахователни услуги могат да се обърнат за разрешаване на спора към помирителните комисии към Комисия за защита на потребителите, да сезират орган за алтернативно разрешаване на спорове по Закона за защита на потребителите, както и да инициират процедура по медиация, като тези способи не засягат правото им на съдебен иск.

13. Приложимо право. Приложимият закон спрямо Груповия застрахователен договор и Общите условия на застрахователната програма е българският.

Застрахователите и застрахователният агент предоставят на потребителите на застрахователни услуги следната информация за допълнителните медицински услуги „Второ медицинско мнение“ и „Програма за превенция на здравето, предоставяни от MediGuide International към застрахователна програма “Защита за 66+” на кредитополучателите по потребителски кредити от “ТИ БИ АЙ Банк” ЕАД:

1. Допълнителните услуги „Второ медицинско мнение“ и „Програма за превенция на здравето“ се предлагат заедно със застрахователните покрития по застрахователна програма “Защита за 66+” на кредитополучателите по потребителски кредити, предоставени от “ТИ БИ АЙ Банк” ЕАД. Ползващо се лице е Застраховано лице по застрахователна програма “Защита за 66+” на кредитополучателите по потребителски кредити, предоставени от “ТИ БИ АЙ Банк” ЕАД, присъединило се към допълнителните медицински услуги „Второ медицинско мнение“ и „Програма за превенция на здравето“ чрез приемане на Общи условия и заплащане на дължимата сума за услугите.

2. Услугата „Второ медицинско мнение“ дава възможност на Ползващото се лице да получи медицинско мнение относно здравословното му състояние, както и препоръка за последващо лечение на база на предоставени медицински документи за проведени изследвания и първоначално поставена диагноза в България, без да е необходим преглед и/или пътуване на Ползващото лице.

3. „Програма за превенция на здравето“ е дигитална медицинска услуга, която предоставя възможност за онлайн оценки на здравето от сертифицирани лекари. Тази услуга се предоставя само в цифров формат, като Ползващото се лице попълва въпросник чрез специално създаден интернет портал за „MediGuide International“.

4. Допълнителната медицинска услуга „Второ медицинско мнение“ се предоставя от MediGuide International LLC, Delaware, U.S.A., с адрес 162 Stone Block Row, PO Box 4413, Greenville, DE 19807 USA - (800) 961-4843 (MediGuide International), чийто пълномощник са Застрахователите, при Общи условия. Услугата се предоставя чрез Асистиращата компания „Корис България“ ООД, ЕИК 831065406, с адрес за кореспонденция: ул. Яков Крайков 1А, гр. София 1606, която е представител на MediGuide International.

5. За ползване на медицинска услуга „Второ медицинско мнение“ и „Програма за превенция на здравето“ ползващото се лице заплаща на MediGuide International, чрез Застрахователите, еднократна такса в размер на 0,050% от първоначалния размер на кредита, предоставен от “ТИ БИ АЙ Банк” ЕАД, умножен по продължителността на кредита в месеци.

6. Ползващото се лице има право да се възползва от „Второ медицинско мнение“ неограничен брой пъти през срока на действие на застраховката, дори и ако първоначалната диагноза е направена преди присъединяване към застрахователна програма. Първоначалната диагноза следва да бъде поставена от лице, упражняващо медицинска професия „лекар“ в Република България. „Второто медицинско мнение“ се предоставя от водещи специалисти – екип от лекари в конкретната медицинска област извън Република България от предварително подбрани медицински заведения, според избора на Ползващото се лице.

ОБРАЗЕЦ

Ползващото се лице има право на една консултация по „Програма за превенция на здравето“ за период от 12 месеца.

7. Услугата „Второ медицинско мнение“ не покрива: остри и неотложни състояния, при които е необходимо Ползващото се лице да получи незабавна медицинска помощ; състояния, за оценка на които е необходимо да бъде извършен преглед на лицето (напр. психични заболявания).

8. Предоставянето и ползването на услугите „Второ медицинско мнение“ и „Програма за превенция на здравето“ се прекратяват с прекратяване на застраховката, независимо от причината, освен в случай на пълно предсрочно погасяване на кредита, когато Ползващото се лице не е подало искане за прекратяване на застраховката и възстановяване частта от платената еднократна застрахователна премия и платената еднократна такса за услугите.

9. Споровете във връзка с Допълнителните медицински услуги „Второ медицинско мнение“ и „Програма за превенция на здравето“ , включително Общите условия, при които те се предоставят, се уреждат по доброволен начин или преговори между Ползващото се лице и MediGuide International, чрез Асистиращата компания. Ползващото се лице може да подаде писмена жалба до Асистиращата компания на MediGuide International по следните начини - чрез писмо на следния адрес гр. София 1606, ул. Яков Крайков 1А, Корис България“ ООД. Асистиращата компания регистрира всяка жалба и изготвят писмен отговор в срок до 14 дни от получаване й . Ако жалбоподателят не е удовлетворен от отговора на жалбата, той може да сезира Комисията за защита на потребителите (www.kzp.bg). В случай, че не може да се постигне съгласие, споровете ще бъдат разрешавани от компетентния български съд по реда на Гражданско –процесуалния кодекс. Приложимо е българското право. Съдебният адрес на MediGuide International в Република България е гр. София 1606, ул. Яков Крайков 1А.

Настоящата информация е в сила от 01.09.2019г., изм. На 15.01.2021г., доп. на 15.07.2021г., изм. на 15.10.2021г., изм. на 17.05.2022 г., изм. на 15.09.2022 г., изм. на 01.02.2024 г., изм. и доп. на14.12.2024 г., изм. на 01.01.2026г., изм. на 01.06.2026г.

ОБРАЗЕЦ

Сертификат №XXXXXXXXXX

за застрахователна програма “Защита за 66+” за кредитополучателите на потребителски кредити, предоставени от “ТИ БИ АЙ Банк” ЕАД и Допълнителни медицински услуги „Второ медицинско мнение“ и „Програма за превенция на здравето“, предоставени от MediGuide International

Застрахован по застрахователна програма “Защита за 66+” и Ползващо се лице по допълнителни медицински услуги „Второ медицинско мнение“ и „Програма за превенция на здравето“, :

Три имена:……ЕГН:……..

Контакти за връзка на Застрахователя със Застрахованото лице:

E-mail: **Мобилен телефон:**

Застрахователи: CARDIF ASSURANCES VIE SA, FRANCE с адрес 8 Rue du Port, 92000 Nanterre чрез клона си “Кардиф Животозастраховане, Клон България”, ЕИК 175190059 и застрахователят CARDIF ASSURANCES RISQUES DIVERS SA, FRANCE с адрес 8 Rue du Port, 92000 Nanterre, чрез клона си “Кардиф Общо застраховане, Клон България”, ЕИК 175190073, и двата клона със седалище и адрес на управление: **гр. София, район Средец**, **ул. “Христо Белчев” № 29А, ет.1-3**, тел.: **02/4915974**, e-mail: cardifbulgaria@cardif.com, представлявани от Марио Костов – Управител, чрез застрахователния агент „ТИ БИ АЙ Банк“ ЕАД

Предмет на застраховката: съгласно Общи условия за застрахователна програма „Защита за 66+“ за кредитополучателите на потребителски кредити, предоставени от “ТИ БИ АЙ Банк” ЕАД.

Застрахователни покрития, застрахователна сума и лимити, ползващо лице:

Покрити рискове	Застрахователна сума и лимит на плащане	Ползващо лице*
/1/ Смърт в резултат на злополука или заболяване	**Баланса по кредита /БК/,** но не повече от 15 000 евро	Застраховащият "ТИ БИ АЙ Банк" ЕАД
/2/ Хоспитализация над 3 дни в резултат на злополука **/ХРЗ/**	до 4 застрахователни плащания, в зависимост от продължителността на състоянието, всяко в размер на 25% от **БК,** но не повече от 3 750 евро на застрахователно плащане за потребителски кредит за общо ползване („паричен кредит") и не повече от 1 250 евро на застрахователно плащане за потребителски кредит за финансиране покупката на стоки и услуги („стоков кредит"). Общият максимален лимит на застрахователната сума за всички активни застраховки на Застрахования към стокови кредити, предоставени от "ТИ БИ АЙ Банк" ЕАД, във връзка с едно застрахователно събитие по риска **ХРЗ** е в размер на 5 000 евро. При достигането на максималния лимит на застрахователната сума, покритието по риска **ХРЗ** се прекратява.	Застраховащият "ТИ БИ АЙ Банк" ЕАД
Специални ограничения на отговорността на Застрахователя: При положителен отговор на въпрос за наличието на експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК, Застрахователното покритие „**Смърт**" не включва в обхвата си увреждания и заболявания, установени по надлежния ред от компетентните органи по медицинска експертиза на работоспособността.		

*При пълно предсрочно погасяване на кредита ползващо лице е Застрахованият/ законните му наследници.

Срокът на застраховка „Защита на 66+" е равен на срока на Договора за потребителски кредит (**ДПК**).

Период на застрахователно покритие: съгласно чл.4 от Общите условия (**ОУ**) на застраховката.

Допълнителни медицински услуги: Застрахованото лице има право да се възползва от допълнителни медицински услуги „**Второ медицинско мнение**" и „**Програма за превенция на здравето**", предоставени от MediGuide International, съгласно Общи условия за ползване на допълнителни медицински услуги „Второ медицинско мнение" и „Програма за превенция на здравето", към застрахователна програма "Защита за 66+" на кредитополучателите по потребителски кредити, предоставени от "ТИ БИ АЙ Банк" ЕАД. Допълнителните услуги се предлагат заедно със застрахователните покрития по настоящата застрахователна програма.

Обща дължима сума по застрахователна програма "Защита за 66+" за кредитополучателите на потребителски кредити, предоставени от "ТИ БИ АЙ Банк" ЕАД и допълнителни медицински услуги „Второ медицинско мнение" и „Програма за превенция на здравето", предоставена от MediGuide International: Застрахованото лице заплаща еднократно при отпускане на кредита 0,500% от размера на първоначалния размер на кредита, умножен по продължителността на кредита в месеци. В Общата дължима сума са включени: дължимата еднократна застрахователна премия в размер на 0,449% от **ПРК**, данък върху застрахователна премия в размер на 0,001% и размерът на еднократната такса за ползване на медицински услуги **„Второ медицинско мнение" и „Програма за превенция на здравето"**, предоставени от MediGuide International.

Еднократна застрахователна премия заедно с еднократна такса „Второ медицинско мнение" **и „Програма за превенция на здравето"**,: …… €

Данък върху еднократната застрахователната премия : …… €

Обща еднократна дължима сума: …… €

Декларации: Декларирам, че получих Информационен документ за застрахователния продукт, както и информацията съгласно Кодекса за застраховането за Застрахователя и застрахователния посредник, както и че получих, прочетох, разбрах и приемам **ОУ** на застрахователна програма „Защита за 66+".

ОБРАЗЕЦ

Този сертификат е издаден в два еднообразни екземпляра - един за ЗАСТРАХОВАНИЯ и един за ЗАСТРАХОВАТЕЛИТЕ.

Подпис на Застрахованото лице:..... За Застрахователите:

Дата: ..... Крайна дата на застраховката:

Тази застраховка е сключена със застрахователното посредничество на "ТИ БИ АЙ Банк" ЕАД, ЕИК 131134023, гр. София, ул. „Димитър Хаджикоцев" № 52-54, с легитимационен документ № 005

ОБЩИ УСЛОВИЯ за застрахователна програма "Защита за 66+" на кредитополучателите на потребителски кредити, предоставени от "ТИ БИ АЙ Банк" ЕАД

Чл.1. Общи положения. Настоящите Общи Условия /"**ОУ**"/ са неразделна част от Групов застрахователен договор /Групов **ЗД**/ за застраховка "Защита на кредита", „Защита за 66+" и „Защита на сметките" № 01/2019, сключен между "Кардиф Животозастраховане, Клон България", "Кардиф Общо Застраховане, Клон България", от една страна, като Застрахователи и "ТИ БИ АЙ Банк" ЕАД /Банката/, от друга, като Застраховащ. Застраховка "Защита за 66+" се сключва при условията на чл.382 от Кодекса за застраховането като застраховка сключена в полза на кредитор за обезпечение на вземането на Застраховащия от Застрахования по сключен между тях Договор за потребителски кредит (**ДПК**) и предоставя на застрахованите лица застрахователна закрила при настъпване на рисковете, посочени в тези **ОУ**, в резултат на които Застрахованото лице реализира загуба на обичайния си доход, влияеща неблагоприятно върху възможността да погаси надлежно кредита, във връзка с който е сключена застраховката.

Чл. 2. Дефиниции. "Застрахован" или „Застраховано лице" е физическо лице на възраст от 66 навършени години до 75 навършени години включително, гражданин или постоянно пребиваващ на територията на държави-членки на ЕС и Европейското икономическо пространство или на територията на Обединено кралство Великобритания и Северна Ирландия, който е кредитополучател на кредит, съгласно **ДПК** сключен с „ТИ БИ АЙ Банк" ЕАД с размер на разполагаемата част от кредита (без финансираната застрахователна премия, както и други такси по кредита) до 10 000 евро и срок за погасяване – до 60 месеца. Възрастта на застрахованите се изчислява в цели години; Не се застраховат лица, американски граждани, вкл. лица с двойно гражданство, държатели на "Зелена карта" или други, субекти на данъчно облагане в САЩ или такива, които не отговарят на определения от Застрахователите рисков профил. Застрахователите не приемат за застраховане 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. **"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; **"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 или **ХРЗ**; **Начало (или Начална дата) на периода на застрахователно покритие**" – така, както е описано в чл. 4 по-долу; "Край (или Крайна дата) на периода на застрахователно покритие" – така, както е описано в чл. 4 по-долу. **"Заболяване"** е болестно състояние, което е диагностицирано в лицензирано лечебно заведение и регистрирано в официален медицински документ, възникнало в периода на застрахователно покритие; **"Хоспитализация /болничен престой/ в резултат на злополука" /ХРЗ/** е непрекъсваем поне 3-дневен престой на Застрахования в болница по лекарско предписание за извършване на неотложно изследване, наблюдение или лечение във връзка с претърпяна от Застрахования злополука. Престоят от 3 календарни дни започва да тече, считано от деня на хоспитализирането на Застрахования. Не се дължи плащане, ако периодът на престой е равен или по-кратък от 3 дни; **"Първоначален размер на кредита" (ПРК)** е размерът на разрешения за ползване кредит съгласно **ДПК**; **"Баланс по кредита" (БК)** е непогасеният размер на главницата по кредита към датата на последното дължимо от клиента плащане /падежна дата/ съгласно първоначалния погасителен план, плюс лихвата върху него, дължима за периода между датата на последното дължимо плащане по кредита до датата на настъпване на застрахователното събитие. Не се покриват просрочия на главница и лихви при забавено плащане от страна на

OBRAZEC

Застрахования по погасителния план на кредита; **“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. **„Ползващо лице“** е лицето, в чиято полза се изплаща застрахователната сума по настъпил покрит риск.

Чл. 3. Предоставяне и обработка на лични данни. Предоставяне на информация. Последици от непредоставянето на поискана информация. Като част от застрахователните отношения, и в качеството си на администратори на лични данни, от Застрахователите се изисква задължително да получат лични данни от Застрахования, защитени от Общия регламент (ЕС) относно защитата на данните № 2016-679 (GDPR). 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. 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. изпълнение на договор със Застрахования или предприемане на стъпки по негово искане преди сключването на договор. Застрахователите използва личните данни на Застрахования, с цел сключване и изпълнение на неговите договори, вкл.: определяне на застрахователния рисков профил на Застрахования и съответните такси; управляване 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. 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, вкл.: доказателство за плащане на премия или вноска; предотвратяване на измами; IT управление, вкл. инфраструктурно управление (напр.: споделени платформи) и действия при извънредни ситуации и IT сигурност; създаване на индивидуални статистически модели, базирани на анализа на броя и възникването на загуби, напр. с цел да се спомогне 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 към Застрахования чрез: подобряване качеството и рекламата на застрахователните му 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

ОБРАЗЕЦ

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 оттеглите съгласието си по всяко време; на преносимост на данни: когато е приложимо по закон, Застрахованото лице има право да получи обратно или, когато това е технически постижимо, да предаде на трета страна личните данни, които е предоставило. **3.3** Ако Застрахованият желае да получи повече информация относно обработката на неговите лични данни от страна на Застрахователите, той/тя може да се запознае с „Известие за защита на лични данни", което е директно достъпно на адрес: **https://bnpparibascardif.bg/zasita-na-licni-danni**. То съдържа цялата информация, отнасяща се до процесите по обработка на лични данни, която Застрахователите, в ролята им на администратори на лични данни, трябва да предоставят на Застрахования. Това включва категориите на обработени лични данни, сроковете на съхранението им, както и правата на Застрахования в тази връзка. **3.4 За жалби, искания за информация или упражняване на права, Застрахованият може да се свърже:** Първо с отговарящия за защитата на данните местен кореспондент на Застрахователите, чрез имейл до: **PO_Bulgaria@cardif.com**, или обикновено писмо на адрес: **гр. София, ул. „Христо Белчев“ №29А** или с длъжностното лице, отговарящо за защита на данните на Групата на БНП Париба Кардиф, като изпрати имейл до **group_assurance_data_protection_office@bnpparibas.com**, или с обикновено писмо до: **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 здравните му данни могат да бъдат обработвани от Застрахователя 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. 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, вкл. 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 откажат извършване на застрахователно плащане съгласно чл.108 от **КЗ**.

Чл. 4. Присъединяване на кредитополучател към условията на Груповия ЗД. Срок на застраховката. Период на застрахователно покритие. Прекратяване на застраховката. 4.1 С подписването на „Декларацията за определяне на изискванията и потребностите и за приемане на застраховането” кредитополучателите изразяват своето изрично писмено съгласие да се присъединят като Застраховани лица към условията на Груповия **ЗД**. Кандидатът за застраховане следва да приеме настоящите **ОУ**. При присъединяването си към Груповия ЗД, с цел извършване на предварителна медицинска оценка на риска и подписвайки „Декларацията за определяне на изискванията и потребностите и за приемане на застраховането”, 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 присъединяване към застраховката Застрахованият е имал установена инвалидност с влязло в сила експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК или е било 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.9.2 от тези **ОУ** и Застрахователите могат да откажат извършването на застрахователно плащане. Представянето на неверни данни и/или премълчаването на установената инвалидност 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 Срокът на застраховката** е равен на срока на **ДПК** освен ако не са настъпили обстоятелства съгласно 4.4 по-долу. **4.3 Период на застрахователно покритие:** считано от 00.00 часа на деня на подписване на **ДПК** до 24.00 часа на последния ден от срока на **ДПК**, съгласно първоначално договорения погасителен план, а в случай на частично предсрочно погасяване на кредита с намаляване на срока на договора – до 24.00 часа от срока на договора съгласно актуалния погасителен план. В случай на пълно предсрочно погасяване на кредита се прилагат правилата на чл. 13 от тези **ОУ**. **4.4 Прекратяване.** Застраховката се прекратява автоматично: при навършване на 76г. от Застрахования; при настъпила смърт на Застрахования; с извършване на плащането на **БК** от Застрахователите по който и да е от покритите рискове; за **ХРЗ** – с достигане на максималния лимит на застрахователните плащания, посочен в

ОБРАЗЕЦ

застрахователния сертификат; при прехвърляне на правата и задълженията по кредита към трето лице; при пълно предсрочно погасяване на кредита: от датата на искането на Застрахования за прекратяване на застраховката и за възстановяване на неизползваната част от премията. Застраховката може да се прекрати с едномесечно писмено предизвестие от Застрахователите и Застрахования, както и във всички други 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.17.

Чл.5. Покрити рискове: "**Смърт**" в резултат на злополука или заболяване и **ХРЗ** над 3 дни на територията на цял свят.

Чл. 6. Уведомяване на Застрахователите за настъпило застрахователно събитие. При настъпване на застрахователно събитие по покрит от застраховката риск Застрахованият/неговите наследници следва да уведомят Застрахователите за настъпилото събитие. Уведомяването се извършва в срок до 10 работни дни след настъпване на събитието. Уведомяването на Застрахователите се извършва по един от следните начини: на **телефон 02/4915974, на място в офиса на Застрахователите с писмо на адрес: гр. София, ул. Христо Белчев № 29А-или на електронната поща на Застрахователите: 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, във всеки офис на "ТИ БИ АЙ Банк" ЕАД или може да бъде изпратен по куриер. Попълненото уведомление заедно с приложените към него документи следва да се изпратят по електронната поща на Застрахователите: cardifbulgaria@cardif.com, на място в офиса на Застрахователите или с писмо на адреса - гр. София, ул. Христо Белчев № 29, вх "А". Необходимите документи, които следва да се приложат към уведомлението са: Копие на лична карта на Застрахования, респ. на неговите наследници; Копие на банкова сметка – в случаите когато обезщетението се изплаща на Застрахования или неговите наследници. Допълнителни документи според вида на настъпилото събитие са: **6.1 В случай на настъпил риск "Смърт"**: копие от акт за смърт; копие на Съобщение за смърт; в случай че е била извършена аутопсия - копие на аутопсионен протокол, заверено с печат и текста "вярно с оригинала"; В случай че смъртта е настъпила в резултат на злополука: протокол за настъпилата злополука (напр. протокол за ПТП, автотехническа експертиза и др.);заключение от извършената химическа експертиза за наличие на алкохол или наркотични вещества в кръвта; крайно становище по случая на съответната компетентна институция (напр. Постановление на прокуратура, разследващ орган, др.), епикриза/и от хоспитализации, резултати от образна диагностика. В случай че смъртта е настъпила в резултат на заболяване: подробна етапна епикриза от личен лекар/справка от РЗОК/НЗОК; амбулаторни листове от прегледи и консултации, изследвания; епикриза/и от хоспитализации, резултати от образна диагностика; **6.2 В случай на настъпил риск ХРЗ:** копие на епикриза от хоспитализация; копие на болничен лист, ако такъв е издаден; попълнен от лекуващия лекар Амбулаторен лист; При настъпила хоспитализация в резултат на злополука: копие на Протокол за настъпилата злополука (напр. протокол за ПТП); заключение от извършената химическа експертиза за наличие на алкохол или наркотични вещества в кръвта; резултати от извършени изследвания за образна диагностика (ако не са описани в епикризата); **6.3** С оглед изясняването на основателността на претенцията за застрахователно плащане Застрахователите имат право да изискат от Застрахования/неговите наследници или трети лица и други документи, свързани с настъпилото застрахователно събитие. Представените документи, удостоверяващи настъпването на събитието трябва да бъдат издадени в съответствие със законите на Р България. За удостоверяването на застрахователни събития настъпили извън територията на РБългария 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. **6.4** Застрахователите се произнасят с решение по предявения застрахователен иск в срок до 15 работни дни от датата на получаване на последния изискан от тях документ и уведомяват Застрахования/законните наследници писмено, като изпращат писмо на посочения от тях адрес, вкл. електронен такъв за кореспонденция.

Чл. 7. Застрахователна премия. Застрахователният период е месечен. Размерът и начина на плащане на застрахователната премия са посочени в застрахователния сертификат. В размера на премията е включен 2% данък съгласно Закон за данъка върху застрахователните премии за покриваните от "Кардиф Общо застраховане, Клон

ОБРАЗЕЦ

България" застрахователни рискове по класове застраховки съгласно Раздел II от Приложение №1 от Кодекса за застраховането.

Чл. 8. Застрахователна сума и лимит на плащане. Размерът на застрахователната сума, максималните лимити и Ползващите лица по покритите рискове са посочени в застрахователния сертификат. При **ХРЗ** Застрахователите заплащат на Застраховащия /Банката/: 1 застрахователно плащане –при **ХРЗ** над 3 последователни дни, 2 застрахователни плащания – при **ХРЗ** над 6 последователни дни, 3 застрахователни плащания –при хоспитализация над 9 последователни дни и 4 застрахователни плащания – при хоспитализация над 12 последователни дни. Ако към момента на настъпване на застрахователно събитие по риска **ХРЗ** застрахованият има две или повече активни застраховки към стокови кредити, отпуснати от "ТИ БИ АЙ Банк" ЕАД и размерът на обезщетението надхвърля максималния лимит на застрахователно плащане, посочен в застрахователния сертификат, Застрахователите дължат изплащане на застрахователно обезщетение по риска **ХРЗ** само до размера на определения максимален лимит, като плащането започва от най-рано сключената застраховка „Защита на кредита" по стоков кредит, до изчерпване на лимита. При достигането и изплащането на максималния лимит на застрахователната сума, покритието по риска **ХРЗ** по застраховките „Защита на кредита" по стоковите кредити активни към датата на настъпване на застрахователното покритие се прекратява. Текущите и просрочени задължения по кредита през първите 3 дни от настъпването на риска **ХРЗ** не подлежат на обезщетяване от Застрахователите. Плащането на обезщетенията за всички покрития се извършва от Застрахователите на Ползващото лице в срок до 15 работни дни от датата, на която са представени всички изискани доказателства за установяването на събитието и на размера на плащане. В случаите, в които Ползващо лице е Застрахованият/неговите законни наследници, Застрахователите превеждат съответната застрахователна сума по посочена от тях банкова сметка.

Чл. 9. Освобождаване на Застрахователите от задължението им за извършване на застрахователно плащане. (изключващи клаузи). 9.1 Общи изключващи клаузи: Застрахователите се освобождават от задължението си за извършване на застрахователно плащане, ако застрахователното събитие е причинено умишлено от Застрахования, или от лице, което е съпруг, роднина по права линия без ограничение, роднина по съребрена линия до трета степен на Застрахования, вкл. роднини по сватовство до трета степен вкл. както и в случай, че са представени неверни или неистински доказателства или документи, както и в случаите, ако Застрахованият не може да представи необходимите документи за удостоверяване на настъпването на покрит риск; ако по кредита липсват задължения; ако настъпилото застрахователно събитие е резултат или във връзка със: самоубийство или опит за самоубийство в първите 12 месеца от срока на застраховката; 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 законов или подзаконов нормативен акт, боравене с експлозиви 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 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, 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; 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. **9.2 Изключваща клауза за риска „Смърт" при обявяване на обстоятелства от Застрахования при присъединяване към застраховката:** ако при присъединяване към застраховката Застрахованият е имал установена инвалидност с влязло в сила експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК или

ОБРАЗЕЦ

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.

Чл. 10. Права на Застрахования при присъединяване към Груповия ЗД 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 т.4.3 от чл.4 по-горе. В случай, че Застрахованият желае да упражни правото си на отказ по застраховка и правото си на отказ по **ДПК**, във връзка с който е сключена застраховката, той може в писменото уведомление за отказ от кредита до Застраховащия да го уведоми и за отказ от сключената застраховка. В случай, че Застрахованият желае да упражни правото си на отказ само от застраховката, следва да уведоми Застрахователите, като попълни писмено заявление по образец. Считано от датата на уведомяване за упражняване на правото на отказ, застраховката се счита за прекратена. В 30-дневен срок от упражняване на правото на отказ Застраховащият възстановява на Застрахования платената застрахователна премия. 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 **ОУ**. 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 датата на упражняване на правото на отказ Застрахователите не дължат застрахователно плащане за настъпило застрахователно събитие по прекратената застраховка, независимо дали събитието е настъпило преди или след датата на изпращане на заявлението за отказ.

Чл. 11. Промяна в Груповия ЗД. Страните по Груповия **ЗД** не могат да внасят едностранно промени в него. Промяната се извършва чрез подписване на добавък, за което Застрахованият бива надлежно писмено уведомен, когато това го касае. Не се дължи връщане на застрахователна премия след изтичане на срока на застраховката, както и при неосъществено застрахователно събитие или при отказ на Застрахователите за извършване на застрахователно плащане.

Чл. 12. Прекратяване на Груповия ЗД. Груповият **ЗД** се прекратява при предвидените в него условия. Прекратяването не води до прекратяване на активните застрахователни покрития по сключени застраховки преди датата на прекратяване на договора.

Чл. 13. Права на Застрахования при пълно предсрочно погасяване на кредита. 13.1 В случай на пълно предсрочно погасяване на кредита, застраховка „Защита за 66+“ се трансформира в лична застраховка с ползващо се лице Застрахованият кредитополучател, респ. неговите законни наследници. **13.2** При пълно предсрочно погасяване на кредита, Застрахованият може да поиска да бъде прекратено покритието му по застраховката и има право да му бъде възстановена неизползваната част от платената еднократно застрахователна премия, равна на оставащия срок на застрахователното покритие. Застрахованият следва да подаде писмено заявление по образец пред Застрахователите. Размерът на подлежащата на връщане част от платената застрахователна премия се изчислява към датата на подаването на заявлението и се изплаща по лична банкова сметка на Застрахования в „ТИ БИ АЙ Банк” ЕАД в срок до 30 работни дни от датата на подаване на искането до Застрахователите. Ако клиентът се е отказал от застраховката в рамките на 30 дневен срок от датата на сключването, срокът за възстановяване на платената застрахователна премия е до 45 работни дни от датата на подаване на искането до Застрахователите. До датата на подаване на писменото искане, Застрахованият има застрахователно покритие по рисковете, указани в настоящите **ОУ**.

Чл. 14. Кореспонденция. Застрахователите са изпълнили задължението си за уведомяване, ако са изпратили съобщението на последния известен адрес на Застрахования, подаден от него към Застрахователите или Застраховащия. Това правило не се прилага, когато Застрахованият не е уведомил Застрахователите или Застраховащия 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.

ОБРАЗЕЦ

Чл. 15. Процедура за разглеждане на жалби от Застрахователите. Всякакви въпроси, свързани със застраховката могат да бъдат отправяни към Застрахователите на тел. **02/4915 974** или с писмо, изпратено до адреса на Застрахователите- гр. София, ул. Христо Белчев №29А или на електронната поща на Застрахователите: cardifbulgaria@cardif.com. В случай на несъгласие на Застрахования с решението на Застрахователите по предявена от Застрахования застрахователна претенция, както и във всеки друг случай, Застрахованият или друго заинтересувано лице може да подаде до Застрахователите жалба. Жалбата може да се изпрати в писмен вид на адреса на кореспонденция на Застрахователите, посочен в чл.7 или по електронната поща на Застрахователите: cardifbulgaria@cardif.com. Образец на жалба е наличен на Интернет страницата на Застрахователите **www.bnpparibascardif.bg**. Застрахователите регистрират всяка жалба и изготвят писмен отговор до жалбоподателя в срок до 14 дни от датата на получаване на жалбата, а в случай, че жалбата е свързана с размера на застрахователното плащане – в срок до 7 дни от датата на получаване на жалбата. В случай че 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 от Застрахователите е налична на Интернет страницата на Застрахователите www.bnpparibascardif.bg. Ако жалбоподателят не е удовлетворен от отговора на жалбата, той може да сезира Комисията за защита на потребителите (www.kzp.bg) и/или Комисията за финансов надзор (www.fsc.bg).

Чл. 16. Спорове между страните. Юрисдикция. Всички спорове, породени от Груповия **ЗД** и/или 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.

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.

ОБРАЗЕЦ

Долуподписаният _____, с настоящото потвърждавам, че получих подписан от представител на Застрахователите екземпляр от Общи условия за застрахователна програма "Защита за 66+" на кредитополучателите на потребителски кредити, предоставени от "ТИ БИ АЙ Банк" ЕАД, запознат съм със съдържанието им и ги приемам.

Дата: _____ Подпис на Застраховано лице:_____

За Застрахователите:

ОБЩИ УСЛОВИЯ ЗА ПОЛЗВАНЕ НА МЕДИЦИНСКИ УСЛУГИ „ВТОРО МЕДИЦИНСКО МНЕНИЕ" И „ПРОГРАМА ЗА ПРЕВЕНЦИЯ НА ЗДРАВЕТО", ПРЕДОСТАВЕНИ ОТ MEDIGUIDE INTERNATIONAL КЪМ ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРОГРАМА "ЗАЩИТА ЗА 66+" НА КРЕДИТОПОЛУЧАТЕЛИТЕ НА ПОТРЕБИТЕЛСКИ КРЕДИТ, ПРЕДОСТАВЕН ОТ "ТИ БИ АЙ БАНК" ЕАД

1. Общи положения. От името на MediGuide International, "Кардиф Животозастраховане, Клон България" и "Кардиф Общо застраховане, Клон България" /наричани по-долу „Застрахователите"/, действащи чрез „ТИ БИ АЙ Банк" ЕАД, предоставят на застрахованите лица по застрахователна програма "Защита за 66+" на кредитополучателите по потребителски кредити, възможността да се възползват от допълнителна медицинска услуга „Второ медицинско мнение" /**ВММ**/. **ВММ** се предоставя от MediGuide International LLC, Delaware, U.S.A. с адрес 162 Stone Block Row, PO Box 4413, Greenville, DE 19807 USA - (800) 961-4843 при настоящите Общи условия /**ОУ** за **ВММ** и **ППЗ**/. MediGuide International в партньорство с технологични компании предоставя и достъп до дигитални услуги за превенция на здравето по „Програма за превенция на здравето".

2. Дефиниции. „MediGuide International" е компания, която предоставя медицинска услуга „Второ медицинско мнение"; **„Второ медицинско мнение" /ВММ/** е медицинска услуга на MediGuide International, предоставяща възможност на Ползващото се лице да получи медицинско мнение относно здравословното му състояние, както и препоръка за последващо лечение на база на предоставени медицински документи за проведени изследвания и първоначално поставена диагноза в България. **„Програма за превенция на здравето" /ППЗ/** е дигитална медицинска услуга, която предоставя възможност за онлайн оценки на здравето от сертифицирани лекари. **„Асистираща компания"** е компания, представител на MediGuide International, чрез която компания Ползващото се лице може да се възползва от **ВММ**. Асистиращата компания е „Корис България" ООД, ЕИК 831065406, с адрес за кореспонденция: ул. Яков Крайков 1А, гр. София 1606; **„Ползващо се лице"** е Застраховано лице по застрахователна програма "Защита за 66+" на кредитополучателите по потребителски кредити, предоставени от "ТИ БИ АЙ Банк" ЕАД, приело настоящите **ОУ** за **ВММ** и **ППЗ** и е заплатило дължимата сума за услугата по чл. 9 по-долу;

3. Предоставяне на информация. Предоставяне и обработка на личните данни. MediGuide International, Асистиращата компания и Застрахователите ще използват и обработват предоставените им лични данни само във връзка с изпълнението на задълженията си по настоящите **ОУ**.. В случай на ползване от услугата **ВММ** MediGuide International и Асистиращата компания, следва да получат от Ползващото се лице изричното му писмено съгласие за обработка на специални категории лични данни.

4. Покритие на услугите: ВММ покрива всички диагностицирани медицински състояния, с изключение на случаите по чл. 10 по-долу. Услугата се предоставя от водещи медицински центрове, намиращи се извън територията на Република България. **ВММ** се предоставя само въз основа на изпратени медицински документи, без да е необходим преглед и/или пътуване на Ползващото лице. Оценката на медицинското състояние на Ползващото се лице трябва да е извършена в период неповече от 12 месеца преди момента на ползване на услугата **ВММ**. „Услугата „Програма за превенция на здравето" осигурява достъп до дигитални услуги за превенция на здравето. Тази услуга се предоставя само в цифров формат, като Ползващото се лице попълва въпросник чрез специално създадения интернет портал за „MediGuide International".

5. Териториален обхват: Първоначалната диагноза следва да бъде поставена от лице, упражняващо медицинска

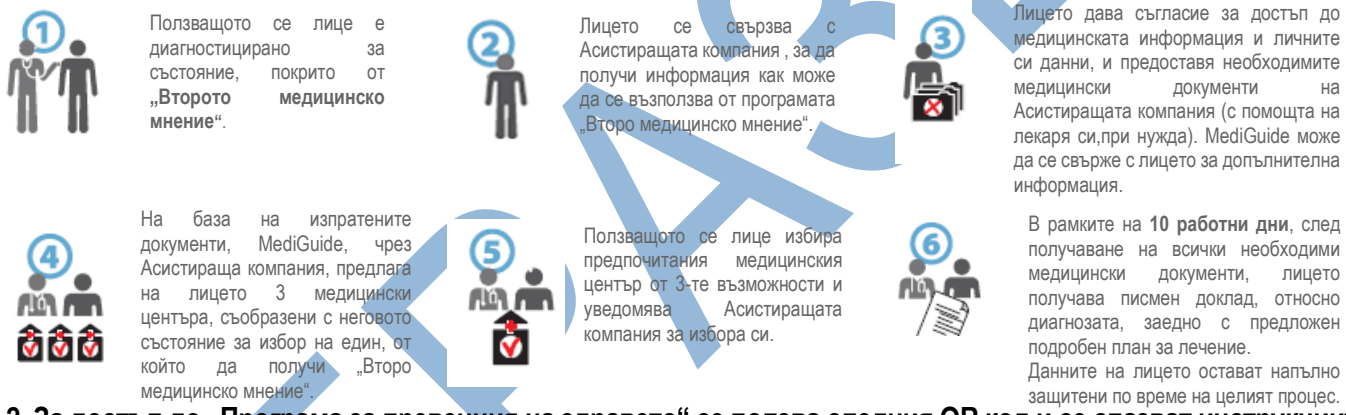
ОБРАЗЕЦ

професия „лекар“ в Република България. **ВММ** се предоставя от водещи специалисти – екип от лекари в конкретната медицинска област извън Република България от предварително подбрани медицински заведения, според избора на Ползващото се лице.

6. Времеви обхват: Ползващото се лице има право да се възползва от **ВММ** неограничен брой пъти през срока на действие на застраховката. Ползващото лице може да се възползва от услугата **ВММ** дори и ако първоначалната диагноза е направена преди присъединяване към застрахователна програма “Защита за 66+”. Ползващото се лице има право на една консултация по **ППЗ** за период от 12 месеца.

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

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



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

*Моля, сканирайте QR кода за достъп до интернет портала на „**Програма за превенция на здравето**“ или отворете следната интернет връзка: https://mgtelehealth.medinyx.org/cardif/tbibankbg*

9. Дължима сума за услугата: За ползване на медицинска услуга **ВММ** и **ППЗ** ползващото се лице заплаща на MediGuide International, чрез Застрахователите, еднократна такса в размер на 0,050% от първоначалния размер на кредита, предоставен от “ТИ БИ АЙ Банк” ЕАД, умножен по продължителността на кредита в месеци.

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

11. Прекратяване на настоящия договор и на правото на ползване на ВММ и ППЗ. С прекратяване на застраховката, независимо от причината, се прекратява настоящият договор при Общи условия и възможността за възползване от **ВММ** и **ППЗ**, освен в случай на пълно предсрочно погасяване на кредита, когато Ползващото се лице не е подало молба за прекратяване на застраховката и възстановяване частта от платената еднократна застрахователна премия и платената еднократна такса за услугата **ВММ** и **ППЗ**. В този случай лицето е покрито по услугата до края на първоначално уговорения срок. В случай на предсрочно погасяване на кредита и упражняване на правото на възстановяване на неизползваната част от застрахователната премия по чл. 13 от **ОУ** на застрахователна

ОБРАЗЕЦ

програма “Защита за 66+” на кредитополучателите по потребителски кредити, Ползващото се лице получава чрез Застрахователите и възстановяване на пропорционална част (на база започнат месец) от платената еднократна такса за услугата **ВММ** и **ППЗ**.

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

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

Настоящите Общи условия за допълнителни медицински услуги „Второ медицинско мнение” и „Програма за превенция на здравето“ за кредитополучателите по потребителски кредити, отпуснати от „ТИ БИ АЙ Банк” ЕАД се издават в два еднообразни екземпляра – един за Ползващото лице и един за MediGuide International.
Настоящите условия са в сила от 01.09.2019г. и са изменени на 01.02.2024 г., изм. на 01.01.2026г., изм. на 01.06.2026г.

ЛЕГЕНДА на използваните съкращения:

БК: Баланс по кредита; **ВММ:** Второ медицинско мнение; **ППЗ**: Програма за превенция на здравето **ЗД:** Застрахователен договор; **ДПК:** Договор за потребителски кредит; **КЗ:** Кодекс за застраховането; **ОУ:** Общи Условия; **ХРЗ:** Хоспитализация /болничен престой/ в резултат на злополука.

Долуподписаният _____, с настоящото потвърждавам, че получих подписан от представител на Застрахователите екземпляр от общи условия за ползване на допълнителни медицински услуги „Второ медицинско мнение“ и „Програма за превенция на здравето“, предоставени от MediGuide International, запознат съм със съдържанието им и ги приемам.

Дата: _____ Подпис на ползващо се лице: _____

За MediGuide International:

ОБРАЗЕЦ