ДЕКЛАРАЦИЯ

за определяне на изискванията и потребностите и за присъединяване на Застраховано лице към застрахователна програма "Защита на кредита" за кредитополучателите на потребителски кредити, предоставени от "ТИ БИ АЙ Банк" ЕАД, 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/
E-mail: …… 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 18 и 65 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 кредит от "ТИ БИ АЙ Банк" ЕАД, застрахователна програма "Защита на кредита" 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. Трайно намалена или загубена работоспособност в резултат на злополука или заболяване /**ТНЗР**/;
3. Временна неработоспособност над 30 дни в резултат на злополука или заболяване /**ВН**/;
4. Нежелана безработица в резултат на уволнение над 30 дни /**НБРУ**/;
5. Хоспитализация над 3 дни в резултат на злополука или заболяване /**ХРЗЗ**/;
6. Полагане на грижа за болен /**ПГБ**/ над 30 дни;

При навършване на 66г. до навършване на 71 г. покритите рискове са Смърт в резултат на злополука или заболяване и **ХРЗЗ**.

Специални ограничения на отговорността на Застрахователя:

Застрахователните покрития „Смърт", **ТНЗР**, **ВН** и **ХРЗЗ** не включват предварително съществуващи медицински установени телесни увреждания, състояния или заболявания, които биха оказали пряко влияние при настъпване на събитие в периода на застрахователното покритие, и които са декларирани при попълване на "Кратък медицинския въпросник". При положителен отговор на въпрос за наличието на експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК, Застрахователните покрития „**Смърт**", **ТНЗР, ВН** и **ХРЗЗ** не включват 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 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 **ХРЗЗ**, **ВН** и **ПГБ** по застрахователна програма "Защита на кредита" към потребителски кредити за финансиране покупката на стоки и услуги („стокови кредити")застрахователното покритие по съответния риск 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 на кредита" 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 на кредита".

ОБРАЗЕЦ

При потребителски кредити с размер на кредита до 10 000 евро вкл., 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 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, 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 по рисковете " "Смърт", **ТНРЗ**, **ВН** или **ХР33**.

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.

При потребителски кредити с размер на кредита над 10 000 евро: Моля попълнете приложения Кратък медицински въпросник.

Кратък медицински въпросник за приемане за застраховане

Моля, отговорете с "ДА" или "НЕ" на всеки от следващите въпроси и ако отговорът Ви е "ДА", моля отговорете на допълнително зададения въпрос. Отговорите на въпросите в този "Кратък медицински въпросник" ще се използват за извършване на предварителна оценка на риска, във връзка със сключване на застраховката.

1. Имате ли установена трайно намалена или загубена работоспособност с решение на ТЕЛК/НЕЛК или намирате ли се в процедура по освидетелстване пред ТЕЛК/НЕЛК?	Да ☐	Не ☐
В случай че имате установена **ТНЗР**, моля потвърдете кога сте освидетелстван/а, за какво заболяване/физическо състояние/недъг и какъв е определеният от ТЕЛК/НЕЛК процент ?		
2. Провеждате ли постоянно лечение, консултации, бил/а ли сте хоспитализиран/а, приемате ли медикаменти и диспансеризиран/а ли сте във връзка с хронично и/или периодично обострящо се заболяване/продължително състояние, което подлежи на контрол, но не се лекува (напр. автоимунни заболявания, аневризъм, диабет, дихателна недостатъчност, заболявания на дихателните пътища, заболявания на жлезите с вътрешна секреция, заболявания на кръвта и кръвоотворните органи, заболявания на храносмилателната система, инсулт, инфаркт, исхемична болест на сърцето (ИБС) , метаболитни заболявания, мозъчно-съдова болест, неврологични заболявания, нервно-психиатрични разстройства, остеоартритни заболявания, очни заболявания, рак, сърдечна недостатъчност, тумори, увреждане на междупрешлени дискове, урогенитални заболявания, хепатит, хипертония, хронична обструктивна белодробна болест (ХОББ), др)?	Да ☐	Не ☐

ОБРАЗЕЦ

Моля, специфицирайте характера на заболяването/нията (попълва се при положение, че попада в категория „друго/и“ във въпрос 2).		
3. Бил/а ли сте временно неработоспособен/а повече от 30 последователни дни през последните 24 месеца във връзка с причина различна от бременност?	Да ☐	Не ☐
Ако отговорът е “ДА”, моля, посочете причината за настъпилата временна неработоспособност, включително колко е продължила същата		

С настоящото декларирам, че дадените от мен отговори на горните въпроси са верни, точни и пълни.

Запозната/а съм, че ако при попълване на този “Кратък медицински въпросник” съм декларирал/а обстоятелство, за което Застрахователите са поставили въпрос, при настъпване на застрахователно събитие, което е резултат или е в пряка причинна връзка с декларираното обстоятелство, се прилага изключващата клауза по Общите условия на застрахователни програми “Защита на кредита” на кредитополучателите по потребителски кредити предоставени от “ТИ БИ АЙ БАНК” АД , съгласно които Застрахователите могат да откажат извършването на застрахователно плащане, ако настъпилото застрахователно събитие е в резултат или в причинно-следствена връзка с декларирано от Застрахования обстоятелство.

Запознат/а съм, че представянето на неверни и/ или непълни данни и/или премълчаването на заболявания или травматични увреждания, посочени по-горе 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 Общите условия на застраховката. Съгласявам се, предоставената от мен информация в настоящия въпросник да бъде изпратена от застраховащия на Застрахователите “Кардиф Животозастраховане, Клон България” и “Кардиф Общо Застраховане, Клон България” посредством защитен канал за обмен на данни.

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/

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

Застрахователна програма “Защита на кредита” 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.

OBRAZEC

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 на кредита" се предлага като допълнителна финансова услуга на клиентите на "ТИ БИ АЙ Банк" ЕАД, на които е отпуснат потребителски кредит. Застраховка "Защита на кредита" 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 Договор за потребителски кредит 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.

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

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) над 5 000 евро и до 15 000 евро /вкл./, 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 18 - 65 г. към момента на приемане на застраховането и 71 години 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 Закона за мерките

OBRAZEC

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 За лица от 18 до 65 г. вкл.	**Застрахователна сума и лимити на плащане**	**Ползващо лице***
Смърт в резултат на злополука или заболяване **Трайно намалена или загубена работоспособност** в резултат на злополука или заболяване **/ТНЗР/**	**Баланса по кредита /БК/,** но не повече от 40 000 евро.	На Застраховащия /"ТИ БИ АЙ Банк" ЕАД/ се изплаща Баланса по кредита /**БК**/ към датата на застрахователното събитие
Временна неработоспособност над 30 дни в резултат на злополука или заболяване **/ВН/,** **Нежелана безработица в резултат на уволнение** над 30 дни **(НБРУ),** **Полагане на грижа за болен /ПГБ/ над 30 дни**	До 12 месечни погасителни вноски в зависимост от продължителността на състоянието, но не повече от 2 500 евро на месечна вноска по кредита. Общият максимален лимит на застрахователната сума за всички активни застраховки на Застрахования към потребителски кредити за финансиране покупката на стоки и услуги („стоков кредит"), предоставени от "ТИ БИ АЙ Банк" ЕАД, във връзка с едно застрахователно събитие по риска **ПГБ** или **ВН** е в размер на 5 000 евро, за всеки риск. При достигането на максималния лимит на застрахователната сума, покритието по риска **ПГБ** или **ВН** се прекратява.	Застраховащия /"ТИ БИ АЙ Банк" ЕАД/
Хоспитализация над 3 дни в резултат на злополука или заболяване **/ХР33/**	До 4 месечни погасителни вноски в зависимост от продължителността на състоянието, но не повече от 2 500 евро на месечна вноска по кредита. 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 **ХР33** е в размер на 5 000 евро. При	Застраховащия /"ТИ БИ АЙ Банк" ЕАД/

ОБРАЗЕЦ

	достигането на максималния лимит на застрахователната сума, покритието по риска **ХР33** се прекратява.	
Покрити рискове за лица от 66г. до 70г. вкл.	**Застрахователна сума и лимити на плащане**	**Ползващо лице***
Смърт в резултат на злополука и заболяване	**Баланса по кредита /БК/,** но не повече от 40 000 евро.	На Застраховащия - **БК** към датата на застрахователното събитие
Хоспитализация над 3 дни в резултат на злополука или заболяване **/ХР33/**	До 4 месечни погасителни вноски в зависимост от продължителността на състоянието, но не повече от 2 500 евро месечна вноска по кредита. 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 **ХР33** е в размер на 5 000 евро. При достигането на максималния лимит на застрахователната сума, покритието по риска **ХР33** се прекратява.	Застраховащия /"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 рисковете "Смърт", **ТНЗР** и **ВН** 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 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. 4.3 Изключваща клауза за рисковете "Смърт", **ТНЗР, ВН** и **ХР33** за кредитополучателите по кредити с размер на кредита до 10 000 евро вкл.: ако при присъединяване към застраховката Застрахованият е имал установена инвалидност с влязло в сила експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК или е било 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. 4.4 Изключваща клауза за рисковете "Смърт", **ТНЗР, ВН** и **ХР33** за кредитополучателите по кредити с размер на кредита над 10 000 евро при обявяване на обстоятелства от Застрахования при присъединяване към застраховката: ако при попълване на "Кратък медицинския въпросник" кандидатът за застраховане е декларирал обстоятелство, за което Застрахователите са поставили въпрос, Застрахователите могат да откажат извършването на застрахователно плащане, ако настъпилото застрахователно събитие по рисковете "Смърт", **ТНЗР, ВН** и **ХР33** е в резултат или в пряка връзка с декларирано от Застрахования обстоятелство.

5. Размер и плащане на застрахователната премия: Застрахованото лице заплаща еднократно при отпускане на кредита застрахователна премия в размер на 0,515% от първоначалния размер на кредита и данък върху застрахователната премия в размер на 0,002% от първоначалния размер на кредита.

ОБРАЗЕЦ

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 на застраховката са определени в Общите условия.

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 **02/4915974**; на място в офиса на Застрахователите, или с писмо на адрес: гр. София, ул. Христо Белчев № 29, вх "А" или на електронната поща на 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 Застрахования с решението на Застрахователите по предявена от Застрахования застрахователна претенция, както и във всеки друг случай, Застрахованият или друго заинтересувано лице може да подаде до Застрахователите жалба. Жалбата може да се изпрати в писмен вид на адреса на Застрахователите или по електронната поща на Застрахователите: cardifbulgaria@cardif.com. Образец на жалба е достъпен на www.bnpparibascardif.bg. Застрахователите регистрират всяка жалба и изготвят писмен отговор в срок до 14 дни от получаване на жалбата, а в случай че жалбата е свързана с размера на 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 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 застраховани или негови законни

ОБРАЗЕЦ

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“, предоставени от MediGuide International към застрахователна програма “Защита на кредита” 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 на кредита” на кредитополучателите по потребителски кредити, предоставени от “ТИ БИ АЙ Банк” ЕАД. Ползващо се лице е Застраховано лице по застрахователна програма “Защита на кредита” 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 услугата „Програма за превенция на здравето“ ползващото се лице заплаща на MediGuide International, чрез Застрахователите, еднократна такса в размер на 0,002% 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.

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 услугата „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 молба за прекратяване на застраховката и възстановяване частта от платената еднократна застрахователна премия и платената еднократна такса за услугите.

OBRAZEC

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 по следните начини - чрез писмо на следния адрес гр. София 1606, ул. Яков Крайков 1А, Корис България“ ООД. Асистиращата компания на MediGuide International 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 01.02.2024 г., изм. на 14.12.2024 г., изм. на 12.05.2025г., изм. на 01.01.2026г., изм. на 01.06.2026г.

ОБРАЗЕЦ

Сертификат №XXXXXXXXXXX
за застрахователна програма "Защита на кредита " 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 на кредита" 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 на кредита" за кредитополучателите на потребителски кредити, предоставени от "ТИ БИ АЙ Банк" ЕАД.

Застрахователни покрития, застрахователна сума и лимити, Ползващо лице:

Покрити рискове **За лица от 18 до 65 г. вкл.**	**Застрахователна сума и лимити на плащане**	**Ползващо лице***
Смърт в резултат на злополука или заболяване **Трайно намалена или загубена работоспособност** в резултат на злополука или заболяване **/ТНЗР/**	**Баланса по кредита /БК/,** но не повече от 40 000 евро.	На Застраховащия /"ТИ БИ АЙ Банк" ЕАД/ се изплаща баланса по кредита /**БК**/ към датата на застрахователното събитие.
Временна неработоспособност над 30 дни в резултат на злополука или заболяване **/ВН/,** **Нежелана безработица в резултат на уволнение** над 30 дни **/НБРУ/,** **Полагане на грижа за болен /ПГБ/ над 30 дни**	До 12 месечни погасителни вноски в зависимост от продължителността на състоянието, но не повече от 2 500 евро на месечна погасителна вноска по кредита. Общият максимален лимит на застрахователната сума за всички активни застраховки на Застрахования към потребителски кредит за финансиране покупката на стоки и услуги („стоков кредит"), предоставени от "ТИ БИ АЙ Банк" ЕАД, във връзка с едно застрахователно събитие по риска **ПГБ** или **ВН** е в размер на 5 000 евро, за всеки риск. При достигането на максималния лимит на застрахователната сума, покритието по риска **ПГБ** или **ВН** се прекратява.	Застраховащия /"ТИ БИ АЙ Банк" ЕАД/

ОБРАЗЕЦ

Хоспитализация над 3 дни в резултат на злополука или заболяване **/ХР33/**	До 4 месечни погасителни вноски в зависимост от продължителността на състоянието, но не повече от 2 500 евро на месечна погасителна вноска по кредита. 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 **ХР33** е в размер на 5 000 евро. При достигането на максималния лимит на застрахователната сума, покритието по риска **ХР33** се прекратява.	Застраховащия /"ТИ БИ АЙ Банк" ЕАД/
Покрити рискове **За лица от 66 до 70 г. вкл.**	**Застрахователна сума и лимити**	**Ползващо лице***
Смърт в резултат на злополука и заболяване	**Баланса по кредита /БК/,** но не повече от 40 000 евро.	На Застраховащия /"ТИ БИ АЙ Банк" ЕАД/ се изплаща **БК** към датата на застрахователното събитие
Хоспитализация над 3 дни в резултат на злополука или заболяване **/ХР33/**	До 4 месечни погасителни вноски в зависимост от продължителността на състоянието, но не повече от 2 500 евро на месечна погасителна вноска по кредита. 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 **ХР33** е в размер на 5 000 евро. При достигането на максималния лимит на застрахователната сума, покритието по риска **ХР33** се прекратява.	Застраховащия /"ТИ БИ АЙ Банк" ЕАД/
Специални ограничения на отговорността на Застрахователя: Застрахователните покрития „Смърт", **ТНЗР**, **ВН** и **ХР33** не включват предварително съществуващи медицински установени телесни увреждания, състояния или заболявания, които биха оказали пряко влияние при настъпване на събитие в периода на застрахователното покритие, и които са декларирани при попълване на "Кратък медицинския въпросник". При положителен отговор на въпрос за наличието на експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК, Застрахователните покрития „**Смърт**", **ТНЗР, ВН** и **ХР33** не включват в обхвата си увреждания и заболявания, установени по надлежния ред от компетентните органи по медицинска експертиза на работоспособността.		

ОБРАЗЕЦ

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

Срокът на застраховката 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 на кредита” 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 на кредита” 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: Застрахованото лице заплаща еднократно при отпускане на кредита 0,519% от размера на **ПРК**, умножен по продължителността на кредита в месеци. В Общата дължима сума са включени: дължимата еднократна застрахователна премия в размер на 0,515% от **ПРК**, данък върху застрахователната премия в размер на 0,002% 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 на кредита”.

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

ОБРАЗЕЦ

ОБЩИ УСЛОВИЯ за застрахователна програма “Защита на кредита” 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 на кредита” 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 Договора 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. В определените в тези **ОУ** случаи Ползващо лице е и Застрахованият или неговите законни наследници.

Чл.2. Дефиниции. “Застрахован” или „Застраховано лице“ е физическо лице, 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) над 5 000 евро и до 15 000 евро /вкл./ , 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, на възраст между 18 и 65 г. включително, към момента на приемане на застраховането и 70 години включително към момента на изтичане на индивидуалното застрахователно покритие, като при навършване на 66г. до навършване на 71 г. покритите рискове са „Смърт“ и **ХР33** 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, **ТНЗР**, **ВН** или **ХР33**; **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; **“Временна неработоспособност” /ВН/** е продължило над 30 последователни дни състояние на 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. ВН е пряк резултат на застрахователно събитие злополука, претърпяно от Застрахования или заболяване, всяко възникнало в периода на застрахователно покритие. Начало на **ВН** е датата, посочена в първичния болничен лист, като между заболяването съгласно първичния болничен лист и заболяването съгласно последващия болничен лист има причинно-следствена връзка. Продължителността на **ВН** се определя съгласно действащата нормативна уредба; **“Трайно намалена или загубена работоспособност” /ТНЗР/** означава медицински удостоверима, вероятно постоянна, нетрудоспособност на Застрахования (i) да упражнява заеманата до момента на инвалидизация професионална позиция или длъжност чрез полагане на 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 застрахователно събитие Злополука или Заболяване през срока на застрахователното покритие. **ТНЗР** се удостоверява от Застрахования пред Застрахователите въз основа на представено експертно решение на Териториална Експертна Лекарска Комисия (ТЕЛК), съответно Национална Експертна Лекарска Комисия (НЕЛК), удостоверяващо процент на загубена работоспособност над 70%, нетрудоспособност на Застрахования за работното му място, професионална позиция или длъжност и невъзможността на лицето да продължи да упражнява професионалната си позиция или длъжност, както и противопоказаните условия на труд. Началото на **ТНЗР** се определя съгласно решението на ТЕЛК/НЕЛК, удостоверяващо процент на загубена работоспособност над 70% във връзка с възникналата в периода на застрахователното покритие Злополука или Заболяване; **“Безработен**” е физическо лице, за което кумулативно трябва да са налице следните обстоятелства: не се намира в трудово-правни или служебни правоотношения, не е изпълнител по договор за управление на търговско дружество, не е самоосигуряващо се лице, не извършва никаква дейност, която да му носи каквито и да е доходи, регистриран е като “безработен” към съответното Териториално Бюро по труда съгласно Закона за насърчаване на заетостта; **“Безработица”** - статусът на безработното лице според дефиницията по-горе, продължил повече от 30 дни и осигуреното покритие за този риск съгласно чл. 5 по-долу; **“Хоспитализация /болничен престой/ в резултат на злополука или заболяване” /ХР33/** е непрекъсваем над 3-дневен престой на Застрахования в болница по лекарско предписание за извършване на неотложно изследване, наблюдение или лечение във връзка с претърпяна от Застрахования злополука или заболяване. 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**; **“Полагане на грижа за болен“ /ПГБ/** е продължило над 30 последователни дни състояние, при което Застрахованият: (i) ползва неплатен отпуск за гледане на болен член от семейството или (ii) е в отпуск поради временна неработоспособност за гледане на болен член от семейството или (iii) едностранно е прекратило трудовия си договор с

ОБРАЗЕЦ

цел полагане на грижа на болен член на семейството, в резултат на което лицето е реализирало загуба на обичайния си доход по трудово правоотношение; **„Грижа за болен“** е полагане на ежедневна помощ, наблюдение, извършване на действия и процедури, свързани с осигуряването на лечебен режим на болен член от семейството. Необходимостта от полагане на грижа следва да е удостоверена от органите на медицинската експертиза чрез издаване на болничен лист за гледане на болен член от семейството, Експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК, удостоверяващо нужда от чужда помощ на освидетелстваното лице или следва да се удостовери от личния лекар на болния; **„Член на семейството“** е дете, съпруг/а, родител, родител на съпруг/а, брат/ сестра или брат/сестра на съпруг/а на Застрахованото лице или партньор, с който Застрахованият живее на семейни начала в общо домакинство; **“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 Застрахования по погасителния план на кредита; **“Месечна погасителна вноска по кредит”** е дължимата от клиента предварително определена месечна парична вноска, която той дължи по силата на подписан договор за отпускане на потребителски кредит. Застрахователите не покриват просрочия на главница и лихви във връзка със забавено плащане от страна на Застрахования съгласно погасителния план по 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

ОБРАЗЕЦ

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 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: **DPO_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. Застрахователите имат право на достъп и до 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, 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 реализиран риск **ПГБ** Застрахованият трябва да представи изрично писмено съгласие за обработване на здравните данни от болния член на семейството по образец на Застрахователите. 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**. За кредитополучателите по кредити с размер на кредита до 10 000 евро вкл., при присъединяването си към Груповия застрахователен договор с цел извършване на предварителна медицинска оценка на риска и подписвайки Декларацията 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 бил в такава процедура, при настъпване на застрахователно събитие, което е пряк резултат или в причинна връзка със заболяванията/състоянията, описани в експертното решение на ТЕЛК/НЕЛК, се прилага изключващата клауза по чл. 9.2 от тези **ОУ**, Застрахователите

ОБРАЗЕЦ

могат да откажат извършването на застрахователно плащане. Представянето на неверни данни и/или премълчаването на установената инвалидност може да доведе до едностранно прекратяване 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**. За кредитополучателите по кредити с размер на кредита над 10 000 евро при присъединяването си към Груповия застрахователен договор, кандидатът за застраховане попълва и подписва "Кратък медицински въпросник" по образец на Застрахователите. Ако при попълване на "Кратък медицинския въпросник" Застрахованият е декларирал наличието на обстоятелства, за които Застрахователите са поставили въпрос, при настъпване на застрахователно събитие, което е резултат или е в пряка причинна връзка с това декларирано обстоятелство, се прилага изключващата клауза по чл.9.3 от тези **ОУ**. Представянето на неверни и/ или непълни данни и/или премълчаването на заболявания или травматични увреждания при попълването на "Кратък медицински въпросник" може да доведе до едностранно прекратяване застрахователното покритие от страна на 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**. **4.3 Период на застрахователно покритие.** За рисковете "Смърт", **ТНЗР**, **ХРЗЗ** и **ВН,** всичките **само в резултат на злополука**– считано от 00.00 часа на деня на подписване на **ДПК**; За рисковете **ХРЗЗ**, **ВН**, всичките само **в резултат на заболяване**, и **ПГБ**- считано от 00:00 часа на 31-вия ден от деня, в който Застрахованият подписва **ДПК**; За риска **НБРУ** - считано от 00:00 часа на 91-вия ден от деня, в който Застрахованият подписва **ДПК**. Краят на застрахователното покритие е в 24.00 часа на последния ден от срока на **ДПК**, съгласно първоначално договорения погасителен план. Застрахователното покритие за рисковете **ВН**, **НБРУ** и **ПГБ** се прекратява на по-ранната от двете дати – навършване на 66 г. от Застрахования или датата на пенсионирането на Застрахования, а за риска **ТНЗР** - с навършване на 66 г. от Застрахования. 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 71г. от Застрахования; при настъпила смърт на Застрахования; с извършване на плащането на **БК** от Застрахователите по който и да е от покритите рискове; за всеки един от рисковете **ХРЗЗ**, **ВН** и **ПГБ** – с достигане на максималните лимити на застрахователните плащания по съответния риск, посочени в 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 по застраховка "Защита на кредита". 5.1 За лица на възраст 18г.-65 г. вкл.: Риск 1. "Смърт" на Застрахования, настъпила в резултат на злополука или заболяване; Риск 2. " **ТНЗР;** Риск 3. **ВН**; Риск 4. **НБРУ** при условията на чл. 325, ал. 1,т. 6, т.9 и т. 10, чл. 327, ал. 1, т. 1-3, т.10 и т.11, чл. 328, ал. 1, т.1-8, т.11 и т. 12, чл. 330, ал. 2, т. 5, чл. 331 от Кодекса на труда, чл. 106, ал. 1, т.1 и т. 2 и чл. 107, ал.1, т.5 и т. 6 от Закона за държавния служител или при прекратяване на договор за управление на търговско дружество. В случай на уволнение при горните условия е необходимо Застрахованият да се регистрира като "безработен" в съответното териториално бюро по труда съгласно изискванията на Закона за насърчаване на заетостта. През времето, през което Застрахованият полага труд по трудово или служебно правоотношение или договор за управление, той се счита за застрахован за **НБРУ**. Риск 5. **ХРЗЗ**; Риск 6. **ПГБ** над 30 дни. **5.2 За лица на възраст 66-70 г. вкл.:** Риск 1."Смърт" на Застрахования, настъпила в резултат на злополука и заболяване и Риск 2. **ХРЗЗ**. Териториалният обхват на застрахователното покритие за рисковете „Смърт", **ВН** и **ХРЗЗ** е на територията на цял свят, а за рисковете **ТНЗР, НБРУ** и **ПГБ** - само на територията на Република България.

Чл. 6. Уведомяване на Застрахователите за настъпило застрахователно събитие. При настъпване на застрахователно събитие по покрит от застраховката риск Застрахованият/неговите законни 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: гр. София, ул. Христо Белчев № 29А-или на електронния адрес 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

ОБРАЗЕЦ

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; Удостоверение за банкова сметка – в случаите когато обезщетението, в пълен размер или частично, 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 ТНЗР**: 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; 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; **6.3 В случай на настъпил риск ВН**: копие от първичен болничен лист и неговите продължения, издадени от лекуващ лекар, ЛКК или ТЕЛК по реда, предвиден в действащата нормативна уредба; копие на епикриза/и от хоспитализации; подробна етапна епикриза от личен лекар/справка от РЗОК/НЗОК, амбулаторни листове от прегледи и консултации, епикриза/и от хоспитализации; В случай че събитието е в резултат на злополука: документи, удостоверяващи обстоятелствата, при които е настъпила злополуката (Напр.: описание на случая при битова злополука, Разпореждане на НОИ при трудова злополука; Протокол и химическа експертиза на кръвта при ПТП); **6.4 В случай на настъпил риск НБРУ**: копие на прекратения трудов договор, респ. договора за управление на търговско дружество, заедно с всички допълнителни споразумения към него, заверени с печат на работодателя или възложителя; заповед за прекратяване на трудовото правоотношение или договора за управление на търговско дружество; оригинал на Служебна бележка от съответното „Бюро по труда", от която да е видно от кога лицето е регистрирано като безработен и потвърждение, че **НБРУ** е продължила повече от 30 последователни дни; **6.5 В случай на настъпил риск ХРЗЗ:** 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); При настъпила хоспитализация **в резултат на заболяване**: подробна етапна епикриза от личен лекар/справка от РЗОК/НЗОК; ЛАК; амбулаторни листове от прегледи и консултации, изследвания, епикриза/и от предходни хоспитализации; **6.6 В случай на настъпил риск ПГБ:** Съгласие за обработване на здравните данни на болното лице по образец на Застрахователите; Копие от лична карта на болното лице; удостоверение за семейно положение и членове на семейството, изд. от служба ЕСГРАОН или удостоверение за граждански брак и др. документи, от които да е видна роднинската/ брачната връзка между Застрахования и болното лице; Копие от болничен лист и/или продължения, удостоверяващи временна загуба на работоспособност над 30 последователни дни за гледане на болен член от семейството, издадени от ЛКК или ТЕЛК по реда, предвиден в действащата нормативна уредба или копие от Експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК, удостоверяващо нужда от чужда помощ на освидетелстваното лице; в случай, че болничен лист или решение на ТЕЛК не могат да се представят - медицински въпросник относно здравословното състояние на болното лице и нуждата от чужда помощ, издаден от личния лекар на болния по образец на Застрахователите; при напускане на работа – копие от трудовия договор, респ. договора за управление на търговско дружество, заедно с всички допълнителни споразумения към него; Заповед за прекратяване на трудовия договор; Служебна бележка от съответното "Бюро по труда", от което да е видно от кога лицето е регистрирано като безработен; при неплатен отпуск – служебна бележка от работодателя, удостоверяваща неплатения отпуск и неговата продължителност; при всички случаи: **6.7** С оглед изясняването на основателността на претенцията за застрахователно

OBRAZEC

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. **6.8** Застрахователите се произнасят решение по предявения застрахователен иск в срок до 15 работни дни от датата на получаване на последния изискан 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 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. **ВН** трябва да са без прекъсване за период над 30 дни, като се удостоверяват с първичен болничен лист и негови продължения и поставените в тях диагнози трябва да са еднакви или в причинно-следствена връзка помежду си. Болничните листа трябва да са издадени от лицензирано лечебно заведение. **НБРУ** трябва да е без прекъсване за период над 30 дни, като продължителността на безработицата се удостоверява със служебна бележка, издадена от съответното териториално Бюро по труда. Застрахователите дължат застрахователното плащане само след изтичането на 30-те последователни дни от настъпването на рисковете **ВН**, **НБРУ** и **ПГБ**. По отношение на рисковете **ВН, НБРУ** и **ПГБ** в зависимост от продължителността на състоянието Застрахователите извършват до 11 застрахователни плащания, които покриват до 12 месечни погасителни вноски, както следва: 1во застрахователно плащане, което покрива 2 месечни погасителни вноски по кредита при продължителност на състоянието между 31 и 60 дни, 2-ро застрахователно плащане, което покрива 1 месечна погасителна вноска при продължителност на състоянието между 61 и 90 дни, 3то застрахователно плащане, което покрива 1 месечна погасителна вноска при продължителност между 91 и 121 дни, 4то застрахователно плащане, което покрива 1 месечна погасителна вноска при продължителност на състоянието между 122 и 150 дни, 5то застрахователно плащане, което покрива 1 месечна погасителна вноска при продължителност на състоянието между 151 и 180 дни, 6то застрахователно плащане, което покрива 1 месечна погасителна вноска по кредита - при продължителност на състоянието между 181 и 210 дни, 7-мо застрахователно плащане, което покрива 1 месечна погасителна вноска по кредита при продължителност на състоянието между 211 и 240 дни, 8мо застрахователно плащане, което покрива 1 месечна погасителна вноска по кредита - при продължителност на състоянието между 241 и 270 дни, 9то застрахователно плащане, което покрива 1 месечна погасителна вноска по кредита- при продължителност на състоянието между 271 и 300 дни, 10 -то застрахователно плащане, което покрива 1 месечна погасителна вноска по кредита - при продължителност на състоянието между 301 и 330 дни, 11то застрахователно плащане, което покрива 1 месечна погасителна вноска по кредита при продължителност на състоянието над 331 дни. Агрегираният лимит на застрахователно плащане за рисковете **ВН**, **НБРУ** или **ПГБ** е не повече от 24 месечни погасителни вноски за срока на застрахователното покритие и до 12 месечни вноски за всяко отделно събитие. По отношение на риска **ХРЗЗ**: Застрахователите покриват до 4 месечни погасителни вноски по кредита, но не повече от 2 500 евро за месечна вноска, както следва: 1 месечна вноска - при хоспитализация над 3 последователни дни, 2 месечни вноски при хоспитализация над 6 последователни дни, 3 месечни вноски при хоспитализация над 9 последователни дни и 4 месечни вноски при хоспитализация над 12 последователни дни. За риска **ХРЗЗ** максималният лимит на застрахователни плащания в срока на застраховката е до 8 месечни вноски по кредита. Ако към момента на настъпване на застрахователно събитие по риска **ХРЗЗ**, **ВН** или **ПГБ** застрахованият има две или повече активни застраховки „Защита на кредита" към стокови кредити, отпуснати "ТИ БИ АЙ Банк" ЕАД и размерът на обезщетението надхвърля максималния лимит на застрахователно плащане по съответния риск, посочени в застрахователния сертификат, Застрахователите дължат изплащане на застрахователно обезщетение за **ХРЗЗ**, **ВН** или **ПГБ** само до размера на определения максимален лимит за всеки риск, като плащането за него 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 **ХРЗЗ**, **ВН** или **ПГБ** по застраховките „Защита на кредита" по стоковите кредити активни към датата на настъпване на застрахователното покритие се прекратява. Просрочените задължения по кредита през първите 30 дни от настъпването на рисковете **ВН**, **НБРУ** и **ПГБ** и първите 3 дни от настъпването на риска **ХРЗЗ** не подлежат на

ОБРАЗЕЦ

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 за всички рискове. 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 (напр. ако не може да представи болничен лист при **ВН**), ако по кредита липсват задължения. Отговорността на Застрахователите по отношение на рисковете „Смърт", **ТНЗР, ВН** и **ХРЗЗ** се изключва, в случай че застрахователното събитие е в причинно-следствена връзка с: предварително съществуващо заболяване, страдание или физическо състояние, както и неговите усложнения и рецидиви, за което Застрахованият е получил медицинско консултиране, диагностициране или лечение в 2-годишен период преди влизането в сила на застраховката, за които Застрахованият е предоставил на Застрахователите невярна и/или непълна информация или не е обявил при попълване на „Кратък медицинския въпросник"; 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. Не се покрива риска **ТНЗР** ако съгласно решението на ТЕЛК/НЕЛК лицето е трудоспособно за работното си място, професионална позиция или длъжност и може да продължи да изпълнява заеманата професионална позиция или длъжност, както и ако съгласно решението на ТЕЛК/НЕЛК лицето може да бъде трудоустроено. .**9.2 Изключваща клауза за рисковете "Смърт", ТНЗР и ХРЗЗ за кредитополучателите по кредити с размер на кредита до 10 000 евро вкл.:** ако при присъединяване към застраховката Застрахованият е имал установена инвалидност с влязло в сила експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК или е било в процедура по установяване на инвалидност при настъпване на застрахователно събитие, което е пряк резултат или в причинна връзка със заболяванията/състоянията, описани в експертното решение на ТЕЛК/НЕЛК, Застрахователите могат да откажат извършването на застрахователно плащане. **9.3 Изключваща клауза за рисковете "Смърт", ТНЗР, ВН и ХРЗЗ за кредитополучателите по кредити с размер на кредита над 10 000 евро** при обявяване на обстоятелства от Застрахования при присъединяване към застраховката: ако при попълване на "Кратък медицинския въпросник" кандидатът за застраховане е декларирал обстоятелство, за което Застрахователите са поставили въпрос, Застрахователите могат да откажат извършването на застрахователно плащане, ако настъпилото застрахователно събитие по рисковете "**Смърт**", **ТНЗР, ВН** и **ХРЗЗ** е в резултат или в пряка връзка с декларирано от Застрахования обстоятелство **9.4 Изключващи клаузи за риска НБРУ:** ако прекратяването на трудовото/служебното правоотношение

ОБРАЗЕЦ

или на договора за управление на търговско дружество е станало: по взаимно съгласие (с изключение на случаите по чл.331 от КТ), както поради виновно и противоправно поведение на Застрахования (нарушение на трудовата дисциплина); в уговорения изпитателен срок; поради пенсионирането на Застрахования; свързано е с предварително уговорен срок на правоотношението /напр. срочен договор/ или на основание на друго предварително известно прекратително условие; е извършено между роднини, вкл. по възходяща или низходяща линия, между съпрузи, съдружници или еднолични собственици на юридическо лице, както и в случаи на прекратяване на трудов договор или договор за управление на търговско дружество, които се сключени в чужбина; Застрахованият не е регистриран в съответното териториално "Бюро по труда" като "безработен" или е регистриран в друга група, различна от "безработен" съгласно Закона за насърчаване на заетостта. **9.5 Изключващи клаузи за риска ПГБ***:* ако събитието, което е довело до необходимостта от полагане на грижа за болен е настъпило в резултат на който и да е от изключените случаи по чл. 9.1 по-горе; в случай, че Застрахованият е полагал грижа за болния в период от 2 години преди датата на присъединяване към застраховането; в случай, че Застрахованият е самоосигуряващо се лице.

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 на кредита" 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 молбата 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**.

ОБРАЗЕЦ

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.

Чл.15. 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 Застрахования с решението на Застрахователите по предявена от Застрахования застрахователна претенция, както и във всеки друг случай, Застрахованият или друго заинтересувано лице може да подаде до Застрахователите жалба. Жалбата може да се изпрати в писмен вид на адреса на Застрахователите или да се подаде чрез Интернет страницата на Застрахователите **www.bnpparibascardif.bg**. Образец на жалба е достъпен на **www.bnpparibascardif.bg**. Застрахователите регистрират всяка жалба и изготвят писмен отговор в срок до 14 дни от получаване ѝ, а в случай че жалбата е свързана с размера на извършеното застрахователно плащане – в 7 дневен срок от получаването ѝ. Ако в посочения срок, по обективни причини, Застрахователите не могат да изготвят отговор до жалбоподателя, те информират писмено жалбоподателя за причините, поради които писмен отговор не може да бъде изготвен и се ангажират с разумно обоснован срок за изготвяне на окончателен отговор. Подробна информация за процедурата за разглеждане на жалби е налична на **www.bnpparibascardif.bg**. Ако жалбоподателят не е удовлетворен от отговора на жалбата, той може да сезира Комисията за защита на потребителите (**www.kzp.bg**) и/или Комисията за финансов надзор (**www.fsc.bg**).

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.

Настоящите **ОУ** са в сила от 01.02.2024г., изм. на 14.12.2024 г., изм. на 15.05.2025г., изм. на 01.01.2026г., изм. на 01.06.2026г.

ОБРАЗЕЦ

Долуподписаният _____, с настоящото потвърждавам, че получих подписан от представител на Застрахователите екземпляр от Общи условия за застрахователна програма "Защита на кредита " 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 ДОПЪЛНИТЕЛНИ МЕДИЦИНСКИ УСЛУГИ „ВТОРО МЕДИЦИНСКО МНЕНИЕ" И „ПРОГРАМА ЗА ПРЕВЕНЦИЯ НА ЗДРАВЕТО ПРЕДОСТАВЕНИ ОТ MEDIGUIDE INTERNATIONAL КЪМ ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРОГРАМА "ЗАЩИТА НА КРЕДИТА" 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 на кредита" на кредитополучателите по потребителски кредити, възможността да се възползват от допълнителни медицински услуги „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 на кредита " 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 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 на кредита". Ползващото се лице

ОБРАЗЕЦ

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:

1. Ползващото се лице е диагностицирано за състояние, покрито от **„Второто медицинско мнение“**.
2. Лицето се свързва с Асистиращата компания , за да получи информация как може да се възползва от програмата „Второ медицинско мнение“.
3. Лицето дава съгласие за достъп до медицинската информация и личните си данни, и предоставя необходимите медицински документи на Асистиращата компания (с помощта на лекаря си, при нужда). MediGuide може да се свърже с лицето за допълнителна информация.
4. На база на изпратените документи, MediGuide, чрез Асистираща компания, предлага на лицето 3 медицински центъра, съобразени с неговото състояние за избор на един, от който да получи „Второ медицинско мнение“.
5. Ползващото се лице избира предпочитания медицинския център от 3-те възможности и уведомява Асистиращата компания за избора си.
6. В рамките на **10 работни дни**, след получаване на всички необходими медицински документи, лицето получава писмен доклад, относно диагнозата, заедно с предложен подробен план за лечение.
Данните на лицето остават напълно защитени по време на целият процес.

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

*Моля, сканирайте QR кода за достъп до интернет портала на „**Програма за превенция на здравето**“ или отворете следната интернет връзка: https://mgtelehealth.medinyx.org/cardif/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 0,002% 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 програма “Защита на кредита ” 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 „Програма за превенция на здравето“, и/или тези Общи условия или отнасящи се до тях, включително такива,

ОБРАЗЕЦ

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 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**.
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 01.02.2024 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; **ВН**: Временна неработоспособност; **ЗД:** Застрахователен договор; **ДПК:** Договор за потребителски кредит; **КЗ:** Кодекс за застраховането; **НБРУ:** Нежелана безработица в резултат на уволнение; **ОУ:** Общи Условия; **ПГБ:** Полагане на грижа за болен; **ПРК:** Първоначален размер на кредита; **ТНЗР:** Трайно намалена или загубена работоспособност; **ХРЗЗ:** Хоспитализация в резултат на злополука или заболяване.

Долуподписаният _____, с настоящото потвърждавам, че получих подписан от представител на Застрахователите екземпляр от Общи условия за ползване на допълнителни медицински услуга „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