

**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 и Допълнителна медицинска услуга „Второ медицинско мнение“, предоставена от Mediguide International**

Подписаният: .....; ЕГН: .....

/три имена и ЕГН на застрахованото лице – Кредитоискател/Кредитополучател/

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); През времето, през което Застрахованият полага труд по трудово или служебно правоотношение или договор за управление, той се счита за застрахован за “НБРУ”. Ако в периода на застрахователното покритие настъпят обстоятелства, поради които Застрахованият за “НБРУ” не може да се възползва от този риск /напр. поради прекратяване на трудовото или служебното правоотношение, или договора за управление/, се активира покритието;
5. Хоспитализация над 3 дни в резултат на злополука (ХРЗ);
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 ХРЗ.

С настоящата декларация давам изричното си съгласие за присъединяване като ползващо се лице към допълнителна медицинска услуга „Второ медицинско мнение“, предоставена 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”.**

Моля, отговорете на следния въпрос:

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

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

В случай че избира да подпише 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:.....  
/собствено ръчен

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 Застраховач. Застраховката се предлага чрез “ТИ БИ АЙ Банк” ЕАД в качеството на застрахователен посредник.

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

**Информация за застрахователите:** CARDIF ASSURANCES VIE SA, FRANCE с адрес 1 boulevard Haussmann, Paris 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.bgra.bg](http://www.bgra.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 1 boulevard Haussmann, Paris 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](http://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 №005/2019г. Проверка и допълнителна информация за агента е налична на интернет страницата на Комисията за финансов надзор [www.fsc.bg](http://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 Застраховация 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) до 20 000 лв. и срок за погасяване – до 60 месеца, граждани или постоянно пребиваващи на територията на държави-членки на ЕС и Европейското икономическо пространство или на територията на Обединено кралство Великобритания и Северна Ирландия на възраст 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, освен ако имат статут на постоянно пребиваващи и данъчна регистрация в Р България.

**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		Ползващо лице*
	Балансът по кредита /БК/ е до 5000 лв.	Балансът по кредита /БК/ е над 5000 лв.	
Смърт в резултат на злополука или заболяване Трайно намалена или загубена работоспособност в резултат на злополука или заболяване (ТНЗР)	Първоначалния размер на кредита (ПРК), но не повече от 30 000 лв.		На Застраховация /"ТИ БИ АЙ Банк" ЕАД/ се изплаща Баланса по кредита /БК/ към датата на застрахователното събитие, а на Застрахования или законните му наследници – разликата между ПРК и БК
Временна неработоспособност над 30 дни в резултат на злополука или заболяване (ВН) Нежелана безработица в резултат на уволнение над 30 дни (НБРУ)	Баланса по кредита (БК), но не	до 4 месечни застрахователни плащания в зависимост от	Застраховация /"ТИ БИ АЙ Банк" ЕАД/

	повече от 5 000лв.	продължителността на състоянието, всяка в размер на 25% от БК, но не повече от 7 500 лв. на плащане	
Хоспитализация над 3 дни в резултат на злополука (ХРЗ) – активира се в случай, че застрахованото лице не може да се възползва от риска НБРУ /чл.5 от ОУ/	до 4 застрахователни плащания в зависимост от продължителността на състоянието – след 3-тия, 6-тия, 9-тия и 12-тия ден от хоспитализацията, всяко в размер на 25% от БК, но не повече от 7 500 лв. на застрахователно плащане	Застрахователна сума и лимити	Застрахователно покритие
Полагане на грижа за болен /ПГБ/ над 30 дни	до 4 месечни застрахователни плащания в зависимост от продължителността на състоянието, всяка в размер на 25% от БК, но не повече от 7 500 лв. на застрахователно плащане	Ползващо лице*	Застрахователно покритие
Покрити рискове за лица от 66 до 70 г. вкл.	Застрахователна сума и лимити	Ползващо лице*	Застрахователно покритие
Смърт в резултат на злополука и заболяване	Първоначалния размер на кредита (ПРК), но не повече от 30 000 лв.	На Застрахователно покритие - БК към датата на застрахователното събитие, а на законните наследници – разликата между ПРК и БК	Застрахователно покритие
Хоспитализация над 3 дни в резултат на злополука (ХРЗ)	до 4 застрахователни плащания в зависимост от продължителността на състоянието, всяко в размер на 25% от БК, но не повече от 7 500 лв. на застрахователно плащане	Застрахователна сума и лимити	Застрахователно покритие

\*При пълно предсрочно погасяване на кредита ползващо лице по всички рискове е Застрахователното покритие по 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 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.

**5. Размер и плащане на застрахователната премия:** Застрахованото лице заплаща еднократно при отпускане на кредита застрахователна премия в размер на от първоначалния размер на кредита и данък върху застрахователната премия в размер на от първоначалния размер на кредита.

**6. Срок на застраховката. Начало и край на периода на застрахователното покритие.** Срокът на застраховката е равен на срока на кредитния договор. Периодите на застрахователното покритие, както и основанията за прекратяване 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 49 15 974; на място в офиса на Застрахователите, находящ се в гр. София, ул. Христо Белчев № 29, вх "А" или на e-mail адреса на Застрахователите: [cardifbulgaria@cardif.com](mailto: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 на адреса на Застрахователите: гр. София, п.к 1000, 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. Застрахователите се произнасят с решение за извършване или отказ от извършване на застрахователно плащане в срок до 15 работни дни от датата на представяне на последно изискваните от тях документи.

**8. Изменение на Груповия застрахователен договор:** Груповият застрахователен договор може да бъде изменен, чрез подписване на анекс между Застраховация "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](http://www.kzp.bg)) и/или Комисията за финансов надзор ([www.fsc.bg](http://www.fsc.bg)).

**11. Процедура за разглеждане на жалби от Застрахователите:** Всякакви въпроси, свързани със застраховката могат да бъдат отправяни към Застрахователите на тел.003592 4915974 или с писмо на адреса на управление на Застрахователите, посочен по-горе. В случай на несъгласие на Застрахования с решението на Застрахователите по предявена от Застрахования застрахователна претенция, както и във всеки друг случай, Застрахованият или друго заинтересувано лице може да подаде до Застрахователите жалба. Жалбата може да се изпрати в писмен вид на адреса на Застрахователите или да се подаде чрез Интернет страницата на Застрахователите [www.bnpparibascardif.bg](http://www.bnpparibascardif.bg). Образец на жалба е достъпен на [www.bnpparibascardif.bg](http://www.bnpparibascardif.bg). Застрахователите регистрират всяка жалба и изготвят писмен отговор в срок до 14 дни от получаване на жалбата, а в случай че жалбата е свързана с размера на 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](http://www.bnpparibascardif.bg). Ако жалбоподателят не е удовлетворен от отговора на жалбата, той може да сезира Комисията за защита на потребителите ([www.kzp.bg](http://www.kzp.bg)) и/или Комисията за финансов надзор ([www.fsc.bg](http://www.fsc.bg)).

**12. Извънсъдебно разрешаване на спорове.** При възникване на спор между потребител на застрахователни услуги и Застрахователите и/или Застрахователния агент засегнатите страни ще положат всички усилия за приемливо разрешаване на спора извън съда. В определени случаи Застрахователите предлагат провеждането на организирана от тях извънсъдебна процедура за разрешаване на спор между застрахования или негови законни наследници във връзка с отказ на Застрахователите да извършат застрахователно плащане. Повече информация за условията и начина на провеждане на процедурата е достъпна на [www.bnpparibascardif.bg](http://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 допълнителната медицинска услуга „Второ медицинско мнение“, предоставяна от MediGuide International към застрахователна програма “Защита на кредита” на кредитополучателите по потребителски кредити, предоставени от “ТИ БИ АЙ Банк” ЕАД:**

1. Допълнителната услуга „Второ медицинско мнение“, се предлага 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 допълнителната медицинска услуга „Второ медицинско мнение“ чрез приемане на Общи условия и заплащане на дължимата сума за услугата.

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. 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.

4. За ползване на медицинска услуга „Второ медицинско мнение“ ползващото се лице заплаща на MediGuide International, чрез Застрахователите, еднократна такса в размер на от първоначалния размер на кредита, предоставен от “ТИ БИ АЙ Банк” ЕАД, умножен по продължителността на кредита в месеци..

5. Предоставянето и ползването на услугата „Второ медицинско мнение“ се прекратява 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 услугата „Второ медицинско мнение“.

6. Споровете във връзка с Допълнителната медицинска услуга „Второ медицинско мнение“, включително Общите условия, при които тя се предоставя, 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 изготвят писмен отговор в срок до 14 дни от получаване ѝ. Ако жалбоподателят не е удовлетворен от отговора на жалбата, той може да сезира Комисията за защита на потребителите ([www.kzpr.bg](http://www.kzpr.bg)). В случай, че не може да се постигне съгласие, споровете ще бъдат разрешавани от компетентния български съд по реда на Гражданско –процесуалния кодекс. Приложимо е българското право. Съдебният адрес на MediGuide International в Република България е гр. София 1606, ул. Яков Крайков 1А.

Настоящата информация е в сила от 01.09.2019г., изм. на 15.01.2021г., доп. На 15.07.2021г., изм. на 15.10.2021г., изм. на 17.05.2022 г., изм. на 15.09.2022 г.

**Сертификат №XXXXXXXXXX**

**за застрахователна програма “Защита на кредита” за кредитополучателите на потребителски кредити, предоставени от “ТИ БИ АЙ Банк” ЕАД и Допълнителна медицинска услуга „Второ медицинско мнение“, предоставена от Mediguide International**

**Застрахован по застрахователна програма “Защита на кредита” и Ползващо се лице по допълнителна медицинска услуга „Второ медицинско мнение“:**

**Три имена:.....ЕГН:.....**

**Застрахователи:** CARDIF ASSURANCES VIE SA, FRANCE с адрес 1 boulevard Hausmann, Paris чрез клона си “Кардиф Животозастраховане, Клон България”, ЕИК 175190059 и застрахователят CARDIF ASSURANCES RISQUES DIVERS SA, FRANCE с адрес 1 boulevard Hausmann, Paris, 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.: 00359 2 4915974 /факс: 00359 2 4915988, е-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		Ползващо лице*
	Балансът по кредита /БК/ е до 5000 лв.	Балансът по кредита /БК/ е над 5000 лв.	
<b>Смърт</b> в резултат на злополука или заболяване <b>Трайно намалена или загубена работоспособност</b> в резултат на злополука или заболяване (ТНЗР)	<b>Първоначалния размер на кредита (ПРК)</b> , но не повече от 30 000 лв.		На Застрахователя /“ТИ БИ АЙ Банк” ЕАД/ се изплаща баланса по кредита /БК/ към датата на застрахователното събитие, а на Застрахования или законните му наследници – разликата между ПРК и БК
<b>Временна неработоспособност</b> над 30 дни в резултат на злополука или заболяване (ВН) <b>Нежелана безработица</b> в резултат на уволнение над 30 дни (НБРУ)	Баланса по кредита (БК), но не повече от 5 000лв.	до 4 месечни застрахователни плащания в зависимост от продължителността на състоянието, всяка в размер на 25% от <b>БК</b> , но не повече от 7 500 лв. на плащане	Застрахователя /“ТИ БИ АЙ Банк” ЕАД/
<b>Хоспитализация над 3 дни</b> в резултат на злополука (ХРЗ) – активира се в случай, че застрахованото лице не може да се възползва от риска <b>НБРУ</b> /чл.5 от ОУ/	до 4 застрахователни плащания в зависимост от продължителността на състоянието – след 3-тия, 6-тия, 9-тия и 12-тия ден от хоспитализацията, всяко в размер на 25% от <b>БК</b> , но не повече от 7 500 лв. на застрахователно плащане		Застрахователя /“ТИ БИ АЙ Банк” ЕАД/
<b>Полагане на грижа за болен /ПГБ/ над 30 дни</b>	до 4 месечни застрахователни плащания в зависимост от продължителността на		Застрахователя /“ТИ БИ АЙ Банк” ЕАД/

	състоянието, всяка в размер на 25% от БК, но не повече от 7 500 лв. на застрахователно плащане	
<b>Покрити рискове За лица от 66 до 70 г. вкл.</b>	<b>Застрахователна сума и лимити</b>	<b>Ползващо лице*</b>
Смърт в резултат на злополука и заболяване	Първоначалния размер на кредита (ПРК), но не повече от 30 000 лв.	На Застрахователния /"ТИ БИ АЙ Банк" ЕАД/ се изплаща БК към датата на застрахователното събитие, а на законните наследници на Застрахователния – разликата между ПРК и БК
Хоспитализация над 3 дни в резултат на злополука (ХРЗ)	до 4 застрахователни плащания в зависимост от продължителността на състоянието, всяко в размер на 25% от БК, но не повече от 7 500 лв. на застрахователно плащане	Застрахователния /"ТИ БИ АЙ Банк" ЕАД/

\*При пълно предсрочно погасяване на кредита ползващо лице по всички рискове е Застрахователният 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.

**Допълнителна медицинска услуга:** Застрахованото лице има право да се възползва от допълнителна медицинска услуга „Второ медицинско мнение“, предоставена от MediGuide International, съгласно Общи условия за ползване на допълнителна медицинска услуга „Второ медицинско мнение“ към застрахователна програма “Защита на кредита” на кредитополучателите по потребителски кредити, предоставени от “ТИ БИ АЙ Банк” ЕАД. Допълнителната услуга се предлага 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 допълнителна медицинска услуга „Второ медицинско мнение“, предоставена от MediGuide International:** Застрахованото лице заплаща еднократно при отпускане на кредита от размера на ПРК, умножен по продължителността на кредита в месеци. В Общата дължима сума са включени: дължимата еднократна застрахователна премия в размер на от ПРК, данък върху застрахователната премия в размер на и размерът на еднократната такса за ползване на медицинска услуга „Второ медицинско мнение“, предоставяна от MediGuide International.

Еднократна застрахователна премия заедно с еднократна такса „Второ медицинско мнение“: .....лв.

Данък върху еднократната застрахователната премия :.....лв.

Обща еднократна дължима сума: ..... лв.

**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: .....





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 № 005/2019г.

**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 Застраховач. 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 Застраховачия 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) до 20 000 лв. и срок за погасяване – до 60 месеца, 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 18 - 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 ббг. до навършване на 71 г. покритите рискове са „Смърт“ и ХРЗ. Не се застраховат лица, американски граждани, вкл. лица с двойно гражданство, държатели на "Зелена карта" или други, субекти на данъчно облагане в САЩ, освен ако имат статут на постоянно пребиваващи и данъчна регистрация в Р. България. Възрастта на застрахованите се изчислява в цели години; "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 ХРЗ; "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 противоположните 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” /ХРЗ/** е непрекъсваем поне 3-дневен престой на Застрахования в болница по лекарско предписание за извършване на неотложно изследване, наблюдение или лечение във връзка с претърпяна от Застрахования злополука; **“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 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; **“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. Последници 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 използват 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 иски и изпълняване на договорните гаранции; предоставяне на информация на Застрахования относно договорите на Застрахователите; предоставяне на съдействие и отговаряне на запитвания; оценяване дали Застрахователят може да предложи застрахователен договор и при какви условия. 3.1.3. 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 вноски; предотвратяване на измами; ИТ управление, вкл. инфраструктурно управление (напр.: споделени платформи) и действия при извънредни ситуации и ИТ сигурност;

създаване на индивидуални статистически модели, базирани на анализа на броя и възникването на загуби, напр. с цел да се спомогне определянето на оценката за застрахователен риск на Застрахования; създаване на обобщени статистически данни, тестове и модели за научни изследвания и развитие, с цел да се подобри управлението на риска на дружества от групата на Застрахователите, или за да се подобрят съществуващите продукти или услуги, или да се създадат нови такива; стартиране на кампании за превенция, например чрез създаване на предупреждения във връзка с природни бедствия или опасности за трафика или пътищата; обучаване на персонала на Застрахователите чрез записи на телефонни обаждания, получени и направени в техните кол центрове; 3.1.4. персонализиране на офертата към Застрахования чрез: подобряване качеството и рекламата на застрахователните му договори, които отговарят на ситуацията и профила на Застрахования. Това може да бъде постигнато чрез: сегментиране на вероятните клиенти и клиентите на Застрахователя; анализиране на навиците и предпочитанията на Застрахования в различните комуникационни канали, които са направени достъпни от Застрахователите (имейли или съобщения, посещения на интернет страниците на Застрахователите и др.); и сравняване на данните от застрахователните договори на Застрахования (които той вече е сключил или за които е получил оферта) с други данни, които Застрахователите имат за него (напр. Застрахователите може да установят, че Застрахования има деца, но все още не е сключил застраховка за защита на семейството); организиране на конкурси с награди, лотарии и промоционални кампании. Личните данни на Застрахования могат да бъдат добавени към анонимни статистически данни, които могат да бъдат предложени на дружествата от Групата на БНП Париба, за да им помогнат за развиването на тяхната стопанска дейност. В този случай, личните данни на Застрахования никога няма да бъдат разкрити, а лицата, получаващи тези анонимни статистически данни, няма да могат да установят неговата/нейната самоличност.

**3.2 Застрахованото лице има следните права:** на достъп: Застрахованото лице има право да получи информация относно обработването на личните му данни, както и копие от тези лични данни; на коригиране: в случай, че Застрахованото лице счита, че личните му данни са неточни или непълни, може да поиска тези лични данни да бъдат коригирани по съответния начин; на изтриване: Застрахованото лице може да поиска изтриването на личните му данни, до степента, позволена от закона; а ограничаване: Застрахованото лице може да поиска ограничаване на обработването на личните му данни; на възражение: Застрахованото лице може да възрази срещу обработването на личните му данни, на основания, свързани с конкретната ситуация. Застрахованото лице има пълното право да възрази срещу обработването на личните му данни за целите на директен маркетинг, който включва профилиране, свързано с такъв директен маркетинг; на оттегляне на съгласие: когато Застрахованото лице е дало съгласието си за обработването на личните му данни, то има право да оттегли съгласието си по всяко време; на преносимост на данни: когато е приложимо по закон, Застрахованото лице има право да получи обратно или, когато това е технически постижимо, да предаде на трета страна личните данни, които е предоставило.

**3.3 Ако Застрахованият желае да получи повече информация относно обработката на неговите лични данни** от страна на Застрахователите, той/тя може да се запознае с „Известието за защита на данните“, което е директно достъпно на адрес: [www.bnpparibascardif.bg/bg/pid3898/partners.html](http://www.bnpparibascardif.bg/bg/pid3898/partners.html). 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. Прилага се чл. 454, ал.2 от Кодекса за застраховането /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 ПГБЧС 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. При присъединяването си към Груповия ЗД с цел извършване на предварителна медицинска оценка на риска и подписвайки „Декларацията за определяне на изискванията и потребностите и за приемане на застраховането”, кандидатът за застраховане отговаря на въпрос относно наличието/липсата на установена инвалидност с влязло в сила решение на ТЕЛК/НЕЛК или започната процедура по установяване на инвалидност. Ако при присъединяване към застраховката Застрахованият е имал установена инвалидност с влязло в сила експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК или е било в такава процедура, при настъпване на застрахователно събитие, което е пряк резултат или в причинна връзка със заболяванията/състоянията, описани в експертното решение на ТЕЛК/НЕЛК се прилага изключващата клауза по чл.9.3 от тези ОУ и Застрахователите могат да откажат извършването на застрахователно плащане. Представянето на неверни данни и/или премълчаването на установената инвалидност може да доведе до едностранно прекратяване на застрахователното покритие от страна на Застрахователите, до отказ за плащане или до намаляване на размера на застрахователното плащане съобразно предвиденото в КЗ и тези ОУ. **4.2 Срокът на застраховката** е равен на срока на ДПК. **4.3 Период на застрахователно покритие.** За рисковете “Смърт”, ТНЗР, ХРЗ и ВН в резултат на злополука – считано от 00.00 часа на деня на подписване на ДПК; За рисковете ВН в резултат на заболяване и ПГБ- считано от 00:00 часа на 61-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; 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.14.

**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.** "Трайно намалена или загубена работоспособност над 70%" /ТНЗР/ в резултат на злополука или заболяване; **Риск 3.** "Временна неработоспособност над 30 дни" /ВН/ в резултат на злополука или заболяване. **Риск 4.** "Нежелана безработица в резултат на уволнение над 30 дни" /НБРУ/ при условията на чл. 328, ал. 1, т.1-8, т.11 и т. 12 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". Ако в периода на застрахователното покритие настъпят обстоятелства, поради които Застрахованият за "НБРУ" не може да се възползва от този риск /напр. поради прекратяване на трудовото или служебното правоотношение, или договора за управление/, се активира покритието за **Риск 5.** "Хоспитализация в резултат на злополука над 3 дни" /ХРЗ/; **Риск 6.** ПГБ над 30 дни. **5.2 За лица на възраст 66-70 г. вкл.:** "Смърт" в резултат на злополука и заболяване и ХРЗ. Териториалният обхват на застрахователното покритие за рисковете Смърт, ВН и ХРЗ 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 e-mail: [cardifbulgaria@cardif.com](mailto: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](http://www.bnpparibascardif.bg), в офиса на Застрахователите, във всеки офис на “ТИ БИ АЙ Банк” ЕАД или може да бъде изпратен по куриер. Попълненото уведомление заедно с приложените към него документи следва да се изпрати на Застрахователите с писмо с обратна разписка или куриер или да се депозира на място в офиса на Застрахователите на адрес **гр. София, ул. Христо Белчев № 29А**. Необходимите документи, които следва да се приложат към уведомлението са: Копие на 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, а при поискване от страна на Застрахователя в съответствие с Процедурата за завеждане на претенции - оригинал или нотариално заверено копие; Съобщение за смърт – четливо копие; Копие на аутопсионен протокол, заверено с печат и текста “вярно с оригинала”, в случай, че е била извършена аутопсия. В случай че смъртта е настъпила в резултат на Злополука, се представят и четливи копия на следните документи, заверени с печат “вярно с оригинала” от издателя им: Протокол за настъпилата злополука /напр. протокол за ПТП/, Заключение от извършената химическа експертиза за наличие на алкохол или наркотични вещества в кръвта, Заключение на компетентната институция при приключване на разследването. В случай че смъртта е настъпила в резултат на Заболяване, се представят и четливи копия на следните документи: Етапна епикриза от личен лекар с подробна информация за проведени изследвания, прегледи, консултации през разглеждания период, резултати от извършени изследвания, Лична амбулаторна карта, Амбулаторни листа, епикриза/и от хоспитализации; **6.2 В случай на настъпил риск “ТНЗР”**: Копие от влязло в сила експертно решение/я на ТЕЛК/НЕЛК, а при поискване от страна на Застрахователя в съответствие с Процедурата за завеждане на претенции - оригинал или нотариално заверено копие, удостоверяващо процент на загубена работоспособност /инвалидност/ над 70%, както и срока на загубена работоспособност /инвалидност/и невъзможността лицето да продължи да изпълнява заеманата професионална позиция или длъжност и противопоказаните условия на труд; Етапна епикриза от личен лекар с подробна информация за проведени изследвания, прегледи, консултации през разглеждания период, резултати от извършени изследвания, епикриза/и от хоспитализации, копие от документа за прекратяване на трудовото правоотношение или трудоустройването след ТНЗР; **6.3 В случай на настъпил риск “ВН”**: Етапна епикриза от личен лекар с подробна информация за проведени изследвания, прегледи, консултации през разглеждания период, резултати от извършени изследвания, резултати от медицински изследвания; Лична амбулаторна карта, Амбулаторни листа - четливи копия; Копие от болничен лист и/или продължения, удостоверяващи временна загуба на работоспособност над 30 последователни дни, издадени от ЛКК или ТЕЛК по реда, предвиден в действащата нормативна уредба, при ВН от злополука – документи от злополуката (напр. протокол от ПТП, Декларация за трудова злополука, Заключение от извършената химическа експертиза за наличие на алкохол или наркотични вещества в кръвта, Заключение на компетентната институция при приключване на разследването); Епикриза/и от хоспитализации; **6.4 В случай на настъпил риск “НБРУ”**: Копие на трудовия договор, респ. договора за управление на търговско дружество, заедно с всички допълнителни споразумения към него; Заповед за прекратяване на трудовия договор; Служебна бележка от съответното “Бюро по труда”, от което да е видно от кога лицето е регистрирано като безработен и потвърждение, че НБРУ е продължила повече от 30 последователни дни; Копие от трудова книжка; Разпореждане от НОИ за отпускане на обезщетение за безработица. **6.5 В случай на настъпил риск “ХРЗ”**: Епикриза/и, четливо копие, заверени с печат “вярно с оригинала” от издателя им; Протокол за настъпилата злополука /напр. протокол за ПТП/; Заключение от извършената химическа експертиза за наличие на алкохол или наркотични вещества в кръвта, Заключение на компетентната институция при приключване на разследването; **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 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 взимат 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 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. Застрахователно 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 и НБРУ (при БК над 5000 лв.), както и при ПГБ в зависимост от продължителността на състоянието се извършват до 4 застрахователни плащания, както следва: 1во застрахователно плащане - при продължителност на състоянието между 31 и 60 дни, 2ро - при продължителност между 61 и 90 дни, 3то - при продължителност между 91 и 120 дни, 4то - при продължителност между 121 и 150 дни. По отношение на риска ХРЗ: Застрахователите дължат 1 застрахователно плащане – при хоспитализация над 3 последователни дни, 2 застрахователни плащания –при хоспитализация над 6 последователни дни, 3 застрахователни плащания –при хоспитализация над 9 последователни дни и 4 застрахователни плащания –при хоспитализация над 12 последователни дни. Текущите и просрочени задължения по кредита през първите 30 дни от настъпването на рисковете ВН, НБРУ и ПГБ и първите 3 дни от настъпването на риска ХРЗ не подлежат на обезщетяване от Застрахователите. Плащането на обезщетенията за всички покрития се извършва от Застрахователите на Ползващото лице в срок до 15 работни дни от датата, на която са представени всички изискани доказателства за установяването на събитието и на размера на плащане. В случаите, в които Ползващо лице е Застрахованият/неговите законни наследници, Застрахователите превеждат съответната застрахователна сума по посочена от тях банкова сметка.

**Чл. 9. Освобождение на Застрахователите от задължението им за извършване на застрахователно плащане. (изключващи клаузи).** **9.1 Общи изключващи клаузи за всички рискове.** Застрахователите се освобождават от задължението си за извършване на застрахователно плащане, ако застрахователното събитие е причинено умишлено от Застрахования, 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. **9.2 Общи изключващи клаузи за рисковете Смърт, ТНЗР, ВН и ХРЗ:** ако настъпилото застрахователно събитие е резултат или във връзка със: самоубийство, опит за самоубийство; сбиване или участие в сбиване от страна на Застрахования; други събития, настъпили вследствие

на излагане на опасност, преднамерено действие или непредпазливост от страна на Застрахования, независимо дали под формата на самонадеяност или небрежност, както и когато Застрахованият с действията си е нарушил действащ закон или подзаконен нормативен акт, боравене с експлозивни или огнестрелно оръжие; извършване на престъпление от общ характер от Застрахования; виновно поведение /умишлено, непредпазливо, поради самонадеяност или небрежност/ на Застрахования при управление на МПС, както и при всякакви нарушения на Закона за движение по пътищата и актовете по неговото прилагане. Не се покриват и събития настъпили при изпълнение на смъртна присъда; 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. **9.3 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; **9.4 Изключващи клаузи за риска „НБРУ“:** ако прекратяването на трудовото/служебното правоотношение 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 и 9.2 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 Застрахования 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 и да представи удостоверение за лична банкова сметка. 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 Застрахованият 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. Откуп.** 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. Настоящите ОУ не дават право на откуп. Не се дължи връщане на застрахователна премия след изтичане на срока на застраховката, както и при неосъществено застрахователно събитие 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 и да представи удостоверение за лична банкова сметка и удостоверение от Банката за пълно предсрочно погасяване на кредита. 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 срок до 30 работни дни от датата на подаване на молбата в офиса на Застрахователите. До датата на подаване на писмената молба, Застрахованият има застрахователно покритие по рисковете, указани в настоящите ОУ.

**Чл.14. Кореспонденция.** Застрахователите са изпълнили задължението си за уведомяване, ако са изпратили съобщението на последния известен адрес на Застрахования, подаден от него към Застрахователите или Застрахования. Това правило не се прилага, когато Застрахованият не е уведомил Застрахователите или Застрахования 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. **00359 2 4915 965** или с писмо на адреса на управление на Застрахователите, посочен по-горе. В случай на несъгласие на Застрахования с решението на Застрахователите по предявена от Застрахования застрахователна претенция, както и във всеки друг случай, Застрахованият или друго заинтересувано лице може да подаде до Застрахователите жалба. Жалбата може да се изпрати в писмен вид на адреса на Застрахователите или да се подаде чрез Интернет страницата на Застрахователите **www.bnpparibascardif.bg**. Образец на жалба е достъпен на **www.bnpparibascardif.bg/bg**. Застрахователите регистрират всяка жалба и изготвят писмен отговор в срок до 14 дни от получаване 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.

Настоящите ОУ са в сила от 01.09.2019г., изм. на 15.01.2021г., изм. на 15.10.2021г., изм. на 17.05.2022 г., изм. на 15.09.2022 г.

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 ДОПЪЛНИТЕЛНА МЕДИЦИНСКА УСЛУГА „ВТОРО МЕДИЦИНСКО МНЕНИЕ“,

### ПРЕДОСТАВЕНА 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 допълнителна медицинска услуга „Второ медицинско мнение“ /BMM/. BMM 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 BMM/.

**2. Дефиниции.** „MediGuide International“ е компания, която предоставя медицинска услуга „Второ медицинско мнение“; „Второ медицинско мнение“ /BMM/ 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. „Асистираща компания“ е компания, представител на MediGuide International, чрез която компания Ползващото се лице може да се възползва от BMM. 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 BMM и 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 за BMM. В случай на ползване от услугата BMM 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 услугата ВММ:** 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 не повече от 12 месеца преди момента на ползване на услугата ВММ.

**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. Времени 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”.

**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.

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



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



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



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



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



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



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

**9. Дължимата сума за услугата:** За ползване на медицинска услуга ВММ ползващото се лице заплаща на MediGuide International, чрез Застрахователите, еднократна такса в размер на ... 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).

**11. Прекратяване на настоящия договор и на правото на ползване на ВММ.** С прекратяване на застраховката, независимо от причината, се прекратява настоящият договор при Общи условия и възможността за възползване от ВММ, 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. 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.

**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](mailto: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/или тези Общи условия или отнасящи се до тях, включително такива, породени или отнасящи се до тяхното тълкуване, недействителност, изпълнение или прекратяване, се уреждат по доброволен начин или преговори между Ползващото се лице и MediGuide International, чрез Асистиращата компания. Ползващото се лице може да подаде писмена жалба до Асистиращата компания по следните начини - чрез писмо на следния адрес **гр. София 1606, ул. Яков Крайков 1А, "Корис България" ООД**. Асистиращата компания регистрира всяка жалба и изготвя писмен отговор в срок до 14 дни от получаване ѝ. Ако жалбоподателят не е удовлетворен от отговора на жалбата, той може да сезира Комисията за защита на потребителите ([www.kzp.bg](http://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 допълнителна медицинска услуга „Второ медицинско мнение“ за кредитополучателите по потребителски кредити, отпуснати от „ТИ БИ АЙ Банк“ ЕАД се издават в два еднообразни екземпляра – един за Ползващото лице и един за MediGuide International. Настоящите условия са в сила от 01.09.2019г.

**ЛЕГЕНДА на използваните съкращения:**

**БК:** Баланс по кредита; **ВММ:** Второ медицинско мнение; **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; **ХРЗ:** Хоспитализация в резултат на злополука.

Долуподписаният \_\_\_\_\_, с настоящото потвърждавам, че получих подписан от представител на Застрахователите екземпляр от Общи условия за ползване на допълнителна медицинска услуга „Второ медицинско мнение“, предоставена от Mediguide International, запознат съм със съдържанието им и ги приемам.

Дата: \_\_\_\_\_ Подпис на Ползващо се лице: \_\_\_\_\_



За MediGuide International: