

Общи Условия по групова семейна застраховка „Злополука“, включващи Информацията по член 324-326 от Кодекса за застраховане.

Настоящите Общи условия включват Информацията относно Застрахователя и Застрахователния агент по чл.324-325 от Кодекса за застраховане и Обща информация за застрахователния продукт по чл.326 от Кодекса за застраховане и се предоставят на кандидатите за застраховане преди сключване на застрахователния договор.

Настоящите Общи условия (чл.25), съдържат указания относно предоставянето и достъпа до информация по чл.13 и чл.14 от Общия регламент относно защита на личните данни

Член 1 Дефиниции

Дефинициите, използвани в настоящите Общи Условия имат следното значение:

1.1 Застрахователен договор

Застрахователен договор (Полица) по групова семейна застраховка „Злополука“ на физически лица, (наричан по-нататък „Договора“) се състои от Групов застрахователен договор, Анекс Общи Условия по Хоспитализация и Индивидуални застрахователни правоотношения. Груповият застрахователен договор се състои от настоящите Общи условия, Спецификация на застрахователната полица и евентуални изменения към нея. Всяко индивидуално заявление за застраховане валиден застрахователен сертификат на прието за застраховане от Застрахователя лице, ведно с настоящите Общи условия формира индивидуалното застрахователно правоотношение (застраховка) на конкретното застраховано лице. При несъответствие между специалните разпоредби, уговорени в конкретното индивидуално застрахователно правоотношение и уговореното в Общите условия и/или Спецификацията на Груповия застрахователен договор има сила уговореното в специалните разпоредби на индивидуалното застрахователно правоотношение.

1.2. Застрахователен сертификат

Застрахователен сертификат е част от застрахователния договор, която съдържа конкретните имена и адреси на страните по застрахователния договор, срок на застрахователното покритие, застраховано лице, застрахователна сума, покрити рискове, застрахователна премия, подписи на застрахованите лица, потвърждаващи съгласието им за сключване на застрахователния договор и друга информация съгласно Кодекса за застраховането.

1.3 Страни по груповия договор за семейна застраховка „Злополука“

Страни по груповия договор за групова семейна застраховка „Злополука“ са Притежателят на полицата и Застрахователят.

- **Притежател на Полицата:** Притежател на полицата е физическо лице навършило 18 г., клиент на „Експресбанк“ АД, титуляр на платежна сметка, което сключва застрахователния договор със Застрахователя и плаща определената в застрахователния договор застрахователна премия.
- **Застраховател:** „Групама Животозастраховане Експрес“ ЕАД, регистрирано в търговския регистър с ЕИК № 175294549, с адрес на регистрация България, гр. София, ПК 1124, бул. „Цариградско шосе“ № 47А, бл. В, ет. 3, с издаден лиценз за извършване на застрахователна дейност, № 619-ЖЗ/ 04.05.2007г. вписано в публичния регистър на застрахователите при Комисия за Финансов Надзор.
- **Застраховано лице:** Доколкото титуляр на платежна сметка в „Експресбанк“ АД и членовете на неговото семейство отговарят на всички изисквания, приложими към Застрахованото лице, описани в Общите Условия, то той/тя ще придобие правата и задълженията на Застраховано лице - страна по застрахователното правоотношение, описани в тези Общи Условия.

1.4 Застраховано лице (Застрахован)

Застрахован е лицето, чийто живот е предмет на застрахователния договор. Застрахован е титуляр на платежна сметка в „Експресбанк“ АД и членове на неговото семейство, които отговарят на условията на чл.7 по-долу и е подал Индивидуално заявление за застраховане, съгласил се е с условията в сертификата за застраховане и Общите условия, и е приет за застраховане от Застрахователя. Имената и другите индивидуализиращи признаци на Застрахования/те се посочват в Застрахователния сертификат.

1.5 Застрахователна сума

Застрахователната сума е сумата, която е основа за изчисляване на и/или лимитиране на застрахователните плащания, платими от Застрахователя в съответствие с Условията на Договора.

1.6 Застрахователно плащане

Застрахователно плащане е сумата, платима съгласно настоящите Общи Условия от Застрахователя на Ползващото се лице (Бенефициента), ако в срока на индивидуалното застрахователно покритие със Застрахованото лице настъпи покрит риск.

1.7 Застрахователна премия

Застрахователната премия, наричана по-нататък „Премията“, е сумата, платима на Застрахователя в замяна на неговите задължения съгласно договора.

1.8 Срок на индивидуалното застрахователно покритие

Срокът на индивидуалното застрахователно покритие е периодът от време, през който ако настъпи покрит риск с конкретно Застраховано лице, Застрахователят е длъжен в съответствие с Общи Условия да плати на Бенефициента застрахователното плащане. Началната дата и края на индивидуалното застрахователно покритие са определени по-долу в Общите Условия и приетото от Застрахователя Заявление за застраховане, валиден Застрахователния сертификат.

1.9 Титуляр на платежна сметка е всяко физическо лице, открило платежна сметка в „Експресбанк“ АД.

1.10 Платежни сметки са банкови сметки, открити съгласно искане/договор за откриване на разплащателна или спестовна или семейна банкови сметки, сключени между „Експресбанк“ АД и неговите клиенти.

1.11 Злополука със Застрахования е всяко телесно нараняване, което е непреднамерено от страна на Застрахования, възникнало случайно, непредвидено, внезапно и с външен за Застрахования произход, и което е настъпило със Застрахования в срока на неговото/нейното индивидуално застрахователно покритие по съответната застраховка.

1.12 Смърт в резултат на злополука е смърт на Застрахованото лице, настъпила единствено като резултат от Злополука.

1.13 Пълна Необратима Загуба на Автономност (ПНЗА) в резултат на злополука

Пълна Необратима Загуба на Автономност (ПНЗА) се счита за настъпила със Застрахования, когато той/тя в резултат на Злополука, настъпила в срока на неговото/нейното индивидуално застрахователно покритие, е постоянно и напълно неспособен/на да упражнява каквато и да е професия, както и каквато и да е работа срещу заплащане и трябва да разчита на помощта на трето лице, за да може да извършва обичайни ежедневни дейности, определени в чл.18 по-долу.

1.14 Пълна Трайна Неработоспособност (ПТН) в резултат на злополука

Пълна Трайна Неработоспособност (ПТН) в резултат на злополука е пълна трайна загуба или постоянно намаляване на определени способности на Застрахования в резултат на физическо или психическо увреждане като пряка причина от покритата съгласно условията на настоящия договор Злополука, което води до пълна трайна функционална загуба на работоспособност на Застрахования, вследствие на което Застрахованият не е в състояние да осъществява каквато и да е дейност срещу възнаграждение.

1.15 Временна неработоспособност в резултат на злополука

Временна неработоспособност в резултат на злополука е временно загубена или намалена способност на Застрахования да извършва неговата/нейната регистрирана професия в резултат на злополука, която е настъпила в срока на неговото/нейното индивидуално застрахователно покритие.

1.16 Пенсониране

Пенсиониране означава окончателно прекратяване на упражняване на каквато и да е официално регистрирана професия по каквато и да е причина и на каквато и да е възраст.

1.17 Официално регистрирана професия

Официално регистрирана професия означава трудова заетост въз основа на трудов договор или свободна професия, която е регистрирана по определения в нормативната уредба ред и за която Застрахованото лице е получавало периодично възнаграждение през последните три месеца преди началото на индивидуалното застрахователно покритие и преди датата на настъпване на покрития риск.

1.18 Годинишна от срока на индивидуалното застрахователно покритие е датата, на която изтича всяка годишнина от началото на индивидуалното застрахователно покритие по съответната застраховка на Застрахования, която се счита за една застрахователна година.

1.19 Ползващо лице (Бенефициент)

Ползващо се лице (Бенефициент) е лицето, на което при определените в Застрахователния договор обстоятелства се изплаща застрахователното плащане и което отговаря на условията, описани в член 6 от настоящите Общи Условия.

1.20 Член на семейството

Член на семейството е всяко едно от следните лица, свързани със Застрахования и изрично посочени в Застрахователния сертификат: съпруг/съпруга, партньор, с който Застрахованият живее на семейни начала и техни деца, навършили 18 г. (включително осиновени деца, деца поставени под настойничество, попечителство, или в приемна грижа).

Член 2 Предмет на договора за групова застраховка

2.1 С Договора между Притежателя на полицата и Застрахователя, Застрахователят осигурява покритие върху живота, здравето и телесната цялост на Застрахованите лица, както е дефинирано в чл.7 по-долу.

2.2 Всеки Притежател на полицата е длъжен да плаща Застрахователна премия във вид, срокове и начин, договорени в настоящите Общи Условия и Застрахователния сертификат. Подписвайки Застрахователния сертификат, кандидатът за застраховане дава съгласието си да бъде застрахован при условията на Договора и да изпълнява задълженията на Застраховано лице по Договора.

2.3 В замяна Застрахователят е длъжен да изплати на Ползващото се лице (Бенефициента) Застрахователно плащане за всяка основателна претенция, като резултат от покрит риск, който е настъпил със Застрахованото лице през срока на неговото/нейното индивидуално застрахователно покритие.

Член 3 Срок на застрахователния договор за групова застраховка

3.1 Застрахователният договор влиза в сила на датата на сключването му и плащането на първата премия, респективно първата месечна вноска от годишната премия, и се сключва за срок от една година, считано от тази дата.

3.2 След изтичане на този срок, Договорът се продължава за всяка следваща година чрез мълчаливо съгласие, освен в случаите, когато е било изпратено уведомление за прекратяване от една от двете страни по Договора чрез препоръчано писмо и поне един месец преди датата на подновяването.

Член 4 Предсрочно прекратяване на договора за застраховка

4.1 Застрахователният договор може да бъде предсрочно прекратен в следните случаи:

4.1.1 при неплащане на първата премия/ първата месечна вноска на годишната премия в размерите и на падежа ѝ – се приема, че Застрахователният договор не е влязъл в сила, счита се за прекратен от датата на сключването му и Застрахователят не предоставя застрахователно покритие.

4.1.2 от страна на Застрахователя - в случай на неплащане на която и да е годишна или месечна вноска на застрахователната премия (след първата месечна вноска) на нейния падеж, индивидуалното застрахователно покритие по съответната застраховка на Застрахованото лице се прекратява автоматично, без да е необходимо изрично писмено заявление за това от страна на Застрахователя до Застрахованото лице, на датата, на която изтичат два месеца от падежа на неплатената месечна вноска. Този период от два месеца се нарича „гратисен период“. В случай на настъпване на покрит съгласно Общи Условия и Заявлението за застраховане валиден застрахователен сертификат риск по време на гратисния период, Застрахователят ще приспадне от Застрахователната сума сумата на неплатените премии

4.1.3 по взаимно съгласие между Страните по Договора;

4.1.4 с писмено предизвестие от която и да е от страните (поне един месец преди датата на прекратяване) с писмо с обратна разписка;

4.1.5 Застрахователният договор се прекратява предсрочно, когато Притежателят на полицата направи искане за промяна в предоставяната по Застрахователния договор ниво на защита (златна или сребърна) или заявя промяна в броя членове на семейството, която води до промяна в Застрахователната премия. В този случай, Застрахователният договор се счита за прекратен по взаимно съгласие и се замества с нов Застрахователен договор за групова семейна застраховка „Злополука“.

4.1.6 на датата на последващо подновяване на договора, след като Притежателят на полицата е навършил 65 години.

4.1.7 в други случаи, предвидени в българската нормативна уредба и настоящите Общи Условия на Договора.

Член 5 Вид на Застрахователния договор

5.1 Договорът, сключен между Притежателя на полицата и Застрахователя е договор за групова застраховка.

5.2 Всеки Притежател на полицата и член на неговото семейство, които отговарят на изискванията на чл.7 от настоящите Общи Условия да бъде Застраховано лице и са застраховани съгласно настоящите Общи Условия, получават прието от Застрахователя Заявление за застраховане, валиден Застрахователен сертификат за Групова Семейна застраховка „Злополука“.

Член 6 Бенефициент (Ползващо се лице)

6.1 При сключването на Застрахователния договор (подписване на Сертификата за застраховане), Застрахованото лице може да определи един или повече Бенефициенти (ползващи се лица). Застрахованото лице може да променя Бенефициентите през срока на индивидуалното застрахователно покритие като подаде искане за промяна в писмена форма.

6.2 Не е необходимо Бенефициентите да бъде/ат назован/и по име. Достатъчно е в документ получен от Застрахователя и подписан от Застрахования да са посочени достатъчни данни за неговото/тяхното индивидуализиране.

6.3 Когато за Бенефициенти са посочени „децата на Застрахованото лице“, ползващи се лица са и децата, родени след сключването на договора.

Когато бенефициентът е „съпруг/съпруга на Застрахованото лице“, бенефициент е лицето, което е в брак със Застрахования към датата на настъпване на застрахователното събитие.

6.4 Ако не са посочени други Бенефициенти, застрахователното плащане ще бъде платено на:

- Застрахованото лице – в случай на Пълна и Необратима Загуба на Автономност (ПНЗА), Пълна Трайна Неработоспособност (ПТН) и временна загуба на работоспособност или
- наследниците по закон на Застрахованото лице – в случай на смърт

6.5 За всички случаи, които не са уредени в този член, се прилага член 444 от Кодекса за Застраховане.

Член 7 Застраховани лица (застраховани)

7.1 Застраховани лица са тези физически лица, титуляри на платежни сметки в „Експресбанк“ АД и членове на техните семейства, които са на възраст:

- до 14 навършени години – за риска ПНЗА в резултат на злополука
- от 14 навършени години до 18 навършени години – за рисковете Смърт в резултат на злополука и ПНЗА в резултат на злополука
- от 18 навършени години до 64 навършени години в началото на тяхното индивидуално застрахователно покритие и са не по-възрастни от 65 навършени години в края на тяхното индивидуално застрахователно покритие по същата застраховка – за рисковете Смърт в резултат на злополука, ПНЗА в резултат на злополука, ПТН в резултат на злополука, временна загуба на работоспособност в резултат на злополука;
- над 18 навършени години и са подписали Застрахователния сертификат (или изрична декларация-съгласие за застраховане) и са дали тяхното съгласие да бъдат застраховани;
- под 18 години – Застрахователният сертификат е подписан от родител или настойник, в случай че лицата са малолетни или от застрахования и от родител или попечител, в случай, че лицата са непълнолетни; Съгласието на родителя/настойника/попечителя може да се предостави и с изрична декларация-съгласие за застраховане;

7.2 Застраховани лица са тези, изрично посочени в Застрахователния Сертификат, подписан от двете страни по Застрахователния Договор, които са дали съгласие да бъдат застраховани и са приети за застраховане от Застрахователя.

Член 8 Приемане за застраховане

8.1 Всеки титуляр на платежна сметка в „Експресбанк“ АД и членовете на неговото семейство, които отговарят на изискванията на чл.7 от настоящите Общи Условия, могат да бъдат приети за застраховане, ако той/тя подаде Заявление до Застрахователя за присъединяване към Груповия застрахователен договор, давайки своето съгласие да бъдат застраховани съгласно настоящите Общи Условия и уговорките в Заявлението за застраховане валиден застрахователен сертификат;

8.2 Максималният брой Застраховани лица по един групов застрахователен договор могат да бъдат 5 (пет) лица (титуляр на платежна сметка в „Експресбанк“ АД, негов/нейна съпруг/а или партньор/ка и техни деца, съгласно дефиницията по чл.1.20 по-горе)

8.3 Съгласието за застраховане на Притежателя на полицата и пълнолетните членове на неговото семейство трябва да бъде извършено в писмена форма и потвърдено, чрез полагане на подпис в Застрахователния сертификат или изрична декларация-съгласие за застраховане.

8.4 Малолетни и непълнолетни членове на семейството на Притежателя на полицата се приемат за застраховане с включването им в Застрахователния сертификат и получаване на съответното съгласие от техен родител, настойник или попечител, извършено в писмена форма и потвърдено, чрез полагане на подпис в Застрахователния сертификат или изрична декларация-съгласие за застраховане.

8.5 Искането за присъединяване на застраховани лица се извършва в писмена форма чрез подаване на искане за промяна в членовете на семейството от страна на Притежателя на полицата. Новоприеманите лица се приемат за застраховане след получаване на декларация-съгласие за застраховане, съгласно чл.8.3 и чл.8.4 по-горе.

Член 9 Неточно обявяване или премълчаване на съществено обстоятелство

9.1 Преди началото на индивидуалното застрахователно покритие Застрахованото лице е задължено да декларира пълно и точно всички съществени обстоятелства, които са от значение за риска, доколкото те са му/и известни.

9.2 За съществени за риска обстоятелства се считат всички обстоятелства, за които Застрахователят е задал писмен въпрос.

9.3 Ако Застрахованият съзнателно не е обявил или е премълчал съществено за риска обстоятелство, за което ако Застрахователят е знаел, не би приел за застраховане Застрахования, то Застрахователят има право да прекрати едностранно индивидуалното застрахователно покритие на този Застрахован в едномесечен срок от узнаването на това обстоятелство.

9.4 Ако Застрахованият не е обявил или е премълчал съществено за риска обстоятелство, за което, ако Застрахователят е знаел, би приел за застраховане Застрахования, но при специални условия, то Застрахователят има право да предложи изменение на индивидуалното застрахователно покритие на Застрахования в срок до 1 месец от узнаването на това обстоятелство. Ако Застрахованият не приеме изменението в срок до 2 седмици от получаването на предложението за промяна, то Застрахователят има право да прекрати едностранно индивидуалното застрахователно покритие.

9.5 Когато застрахователят е сключил договор, въпреки че предварително е поставил на застрахования въпроси и на тях не е отговорено или е отговорено неясно, Застрахователят няма право да прекрати едностранно застрахователния договор, да откаже плащане или да намали неговия размер на основание на липсата на отговор или неясното обявяване.

9.6 За всички случаи на неточно обявяване или премълчаване на съществено за риска обстоятелство, които не са изброени по-горе, се прилагат членове 362 , 363 и 364 от Кодекса за Застраховането.

Член 10 Срок на индивидуалното застрахователно покритие

10.1 Началото на индивидуалното застрахователно покритие за Застрахованите лица, приети за застраховане при сключването на груповия Застрахователен договор съпада с началото на застрахователното покритие посочено в Застрахователния сертификат и е датата на плащане в определения в застрахователния договор размер на първата премия/първата месечна вносна на годишната премия, а за лицата, включени впоследствие в групата на Застрахованите лица и приети за застраховане, началото на индивидуалното застрахователно покритие е датата на плащане на допълнителната премия, дължима за тях.

10.2 Срокът на индивидуалното застрахователно покритие за всеки застрахован изтича на датата на изтичане на груповия застрахователен договор, освен ако индивидуалното застрахователно покритие не е било прекратено предсрочно съгласно чл.10.4 по-долу.

10.3 Индивидуалното застрахователно покритие може да бъде прекратено и предсрочно в случаите на чл. 10.4 и чл.10.5 по-долу.

10.4 Индивидуалното застрахователно покритие за всяко Застраховано лице, се прекратява предсрочно на една от следните дати:

- на датата, на която Застрахователят получи отказ от Застрахования да бъде застрахован
- в случай на неплащане на премията от Притежателя на полицата по реда на член 4.1.2.;
- на датата на изплащане на цялата Застрахователна сума;
- на датата на която Застрахованото лице е навършило 65 години;
- на датата на навършване на 18 години на Застрахованото лице – дете на Притежателя на полицата;
- покритието Пълна трайна неработоспособност в резултат на злополука, определено в чл. 1.14 на настоящите Общи условия, се прекратява на датата, на която Застрахованото лице престане да упражнява официално регистрирана професия, включително в случай на пенсиониране. В този случай, след датата, на която Застрахованото лице е престанало да упражнява официално регистрирана професия, влиза в сила покритието Пълна и необратима загуба на автономност в резултат на злополука;
- Покритието Временна Неработоспособност, която е определена в чл. 1.15 се прекратява на датата, на която Застрахованото лице спре да упражнява официално регистрирана професия, включително в случай на пенсиониране.
- на датата на прекратяване на Застрахователния договор;
- на датата на прекратяване на индивидуалното застрахователно покритие съгласно чл.9.3 и 9.4 по-горе;
- когато Застрахователят е получил писмено уведомление от Притежателя на полицата, показващо, че връзката между Притежателя на полицата и Застрахования (връзката, на базата на която Застрахования е бил определен от Притежателя на полицата за Член на семейството), е прекратена. В този случай прекратяването на индивидуалното покритие влиза в сила на датата на падежа на следващата дължима застрахователна премия.

10.5 Предсрочното прекратяване на индивидуалното застрахователно покритие на всички лица, включени в групата, прекратява предсрочно застрахователното покритие, посочено в Застрахователния сертификат.

Член 11 Покрити рискове

11.1 В съответствие с настоящите Общи Условия Застрахователят осигурява покритие за следните рискове, настъпили със Застрахования в срока на неговото /нейното индивидуално застрахователно покритие:

- 11.1.1 Смърт в резултат на злополука
- 11.1.2 Пълна и Необратима Загуба на Автономност (ПНЗА) в резултат на злополука
- 11.1.3 Пълна Трайна Неработоспособност (ПТН) в резултат на злополука
- 11.1.4 Временна Неработоспособност в резултат на злополука

11.2 За всички застраховани лица, които отговарят на изискванията на чл.7, но са спрели да упражняват официално регистрирана професия, включително в случай на пенсиониране, Застрахователят носи отговорност само за рисковете по т.11.1.1 и т.11.1.2

11.3 За всички Застраховани лица които отговарят на изискванията на чл.7.1 и чл.7.2, но които са на възраст под 14 навършени години, Застрахователят носи отговорност само за риска по т.11.1.2

11.4 За всички Застраховани лица които отговарят на изискванията на чл.7.1 и чл.7.2, но които са на възраст от 14 навършени години и до 18 навършени години, Застрахователят носи отговорност само за рисковете по т. 11.1.1 и т.11.1.2

Член 12 Териториален обхват на покритието

Покритието е валидно на територията на целия свят. В случаите на рисковете, свързани със загуба на работоспособност (Пълна и Необратима Загуба на Автономност (ПНЗА), Пълна Трайна Неработоспособност (ПТН) и Временна Неработоспособност), обаче, определеното на неработоспособността, предшестващо извършването на застрахователно плащане, трябва да бъде направено от лекар, специално оторизиран от Застраховател за тази цел, което може да бъде гарантирано от Застрахователя само на територията на Република България или друга страна – член на Европейския Съюз.

Член 13 Изключени рискове

За всички видове покрития не се покриват преките или косвени последствия и резултати от:

- Всяка злополука или последствията от нея, настъпили преди началото на срока на индивидуалното застрахователно покритие;
- Преките или косвени последствия и резултати от заболяване;
- Злополука, за които Застрахованият отказва да приеме обосновано и рационално медицинско лечение;
- Умишлено извършено или опит за умишлено извършване на престъпление от общ характер, умишлено извършване или опит за умишлено извършване на физическо насилие или на друг незаконосъобразен акт, участие в незаконосъобразна дейност, углавно престъпление или престъпление, потвърдено от съответните органи, включително злополука при задържане на застрахования от органите на реда и правосъдието, или докато застрахованият е задържан или е в затвора;
- Управление на МПС без свидетелство за управление;

- Участие на Застрахования в какъвто и да е вид авиационни дейности, освен като редовен пътник със закупен билет от лицензиран авиопревозвач, опериращ по редовен полет, с цел обслужване на пътници по редовна въздушна линия, или ако застрахованият е транспортиран като пациент, пострадал, придружител или като стюард/стюардеса, на линейка, спасителен полет или хеликоптер;
- Самоубийство или опит за самоубийство. Това изключение не се прилага когато самоубийството, съответно опита за самоубийство, е извършено в състояние на неспособност на застрахованото лице да разбира свойството и значението на постъпките си, както и да ги ръководи;
- Хроничен алкохолизъм, злоупотреба с алкохол или употреба на наркотици, опиати или стимулиращи вещества или лекарства, освен ако те не са били официално предписани от регистриран лекар, или пък злоупотреба с алкохол (без ограничение; всяка употреба на алкохол над максималните лимити, в съответствие със Закона за движение по пътищата и съответните нормативни разпоредби, ще бъде считана за злоупотреба с алкохол) или употреба на наркотици;
- Гражданска война, война, инвазия, военни операции, вражески действия от трети страни, размирици, въстание, метеж, бунт, стачка, граждански въстания, протест, революция, бунт, терористични актове, независимо от това дали застрахованият е бил пасивен или активен участник в такива действия;
- Участие във всякакъв вид професионален спорт или в някой от следните спортове, включващи употреба на двигател (включително ралита), бокс, подводно гмуркане с кислороден апарат, гмуркане повече от 20 пъти годишно или на дълбочина повече от 40 метра, изследване на подземни пещери, бобслей, спускане със шейни, спускане с тобоган, ски или скокове от трамплин, въздушни състезания, спортни въздушни боеве , фигурно летење, скално катерене, планинарство, скокове с парашут и скайдайвинг, небесна акробатика, безмоторно летење, ултралайт или микролайт летење, парапланеризъм, скокове с бънджи, управление на балони, парасейлинг, спортове, изискващи пълен контакт; катюнинг, рафтинг, каране на водни ски, скелетон, спортове, включващи моторни шейни, скокове, изложения на коне, лов на лисици, лов на елени, скачане на въже както и състезания и опити за постигане на резултати, тренировки по всякакъв вид спорт.
- Всякакви психични, умствени или нервни разстройства;
- Самоунищожение или самопричинено увреждане, независимо дали в състояние на вменяемост или невменяемост;
- Умишлено или неумишлено излагане на застрахования на ядрено въздействие, като резултат от експлозия, радиация или на други последици, във война или операции подобни на война или в мирно време.
- Ионизираща радиация, произведена по внезапен и непредвидим начин от ядрени реактори или от радиоактивни продукти или отпадъци, произхождат от атомни реактори и този източник на емисии (подвижен или фиксиран) е замърсил околната среда в радиус от 1 километър и интензивността на радиацията, премерена на земята 24 часа след емисията е повече от 1 Рентген на ден;
- Експлозия на механизъм или част от механизъм с цел експлозия след ядрена трансмутация;
- Неработоспособност, за която Застрахованият претендира, че е придобил въз основа на субективни оплаквания, които не могат да бъдат установени с лабораторни измервания, микробиологични, биохимични средства и/или изобразителни тестове;
- Пластична хирургия, освен хирургия след злополука, покрита от тази застраховка;

Член 14 Лимит на отговорност на Застрахователя

- Застрахователят не е отговорен за покрити рискове, настъпили извън срока на индивидуалното застрахователно покритие,
- Застрахователят не е отговорен за изключените рискове.
- Застрахователят не е отговорен съгласно настоящия Договор, ако Застрахованият съзнателно е обявил неточно или е премълчал факт или обстоятелство, съществени за риска и този факт или обстоятелство е оказал въздействие за настъпването на покрития риск.
- Застрахователят не е отговорен съгласно настоящия Договор, ако рискът настъпи вследствие на умишлени действия от страна на Застрахования.
- Застрахователят има право да не извърши застрахователно плащане, ако факшифицирани или неверни документи или информация са му били представени.
- Застрахователят не дължи застрахователно плащане, ако Застрахованото лице не отговаря на изискванията, приложими към всички застраховани лица, посочени в Общите Условия, независимо дали застрахователен сертификат е бил издаден и връчен на Застрахованото лице или не.

Член 15 Застрахователна сума

15.1 Застрахователната сума е фиксирана сума и е посочена в Застрахователния сертификат.

15.2 Сумата от всички извършени от Застрахователя застрахователни плащания през срока на индивидуалното застрахователно покритие на конкретното Застраховано лице не може да надхвърли размера на Застрахователната сума, посочена в Застрахователния сертификат.

15.3 Размерът на Застрахователната сума за едно застраховано лице, посочена в Застрахователния сертификат не може да надхвърля следните лимити:

15.3.1 Сребърна защита

15.3.1.1 Смърт в резултат на злополука, ПТН в резултат на злополука и ПНЗА в резултат на злополука (освен злополука в резултат на ПТП) – 5 000 лева

15.3.1.2 Смърт в резултат на злополука в резултат на пътно-транспортно произшествие, ПНЗА в резултат на злополука в резултат на пътно-транспортно произшествие , ПТН в резултат на злополука в резултат на пътно-транспортно произшествие – 10 000 лева

15.3.1.3 Временна загуба на работоспособност в резултат на злополука – 250 лева месечно и не повече от 1 500 за една застрахователна година.

15.3.2 Златна защита

15.3.2.1 Смърт в резултат на злополука, ПТН в резултат на злополука и ПНЗА в резултат на злополука (освен злополука в резултат на ПТП) – 10 000 лева

15.3.2.2 Смърт в резултат на злополука, ПТН в резултат на злополука и ПНЗА в резултат на злополука в резултат на пътно-транспортно произшествие – 20 000 лева

15.3.2.3 Временна загуба на работоспособност в резултат на злополука – 500 лева месечно и не повече от 3 000 лева за една застрахователна година

Член 16 Изчисляване и плащане на застрахователна премия

16.1 Размерът, периодичността и падежите на премията/месечните вноски на годишната премия се определят в Застрахователния сертификат.

16.2 Първата премия/първата месечна вноска на годишната премия се плаща в определения в Застрахователния договор размер при сключване на Застрахователния договор.

16.3 Притежателят на полицата е длъжен да плати в определения в Застрахователния договор размер всяка следваща премия/ месечна вноска на годишната премия до или на датата на падежа ѝ.

16.4 Застрахователната премия е годишна или годишна разсрочена на месечни вноски, платима годишно или на месечни вноски и се плаща от Притежателя на полицата чрез дебитирание на платежна му сметка веднъж месечно или веднъж годишно в зависимост от избрания начин на плащане, посочен в Сертификата за застраховане.

16.5 Падежът на първата месечна вноска на първата годишна премия е началната дата на съответното застрахователно покритие. Падежът на всяка месечна вноска на премия след първата, е датата на сключването на застраховката през всеки месец от индивидуалното застрахователно покритие.

16.6 Ако първата месечна вноска на първата годишна премия не е платена на датата, на която е дължима, Застрахователят не осигурява покритието, договорено с настоящите Общи Условия и Заявлението за застраховане валиден застрахователен сертификат.

16.7 Ако която и да е месечна вноска на застрахователната премия (след първата месечна вноска) не бъде платена на нейния падеж, индивидуалното застрахователно покритие по съответната застраховка на Застрахованото лице се прекратява автоматично, без да е необходимо изрично писмено заявление за това от страна на Застрахователя до Застрахованото лице на датата, на която изтичат два месеца падежа на неплатената месечна вноска. Този период от два месеца се нарича "гратисен период".

В случай на настъпване на покрит съгласно настоящите Общи Условия и Заявлението за застраховане валиден застрахователен сертификат риск по време на гратисния период, Застрахователят ще приспадне от Застрахователната сума сумата на неплатените премии

16.8 Данък от 2 % съгласно чл.9 от Закона за Данък върху застрахователните премии се заплаща от Застрахования с всяка премия (годишна или месечна), както е посочено в Застрахователния сертификат.

16.9 Всички допълнителни данъци и вноски, дължими съгласно българско законодателство, ще бъдат добавени към размера на застрахователната премия и са дължими от Застрахованото лице, ако това е в съответствие със закона.

16.10 Всички неплатени към момента на настъпване на застрахователно събитие премии, остават дължими към Застрахования.

Член 17 Застрахователно плащане при смърт в резултат на злополука

17.1 В случай на смърт в резултат на злополука на Застрахованото лице, покрита от Застрахователя съгласно настоящите Общи Условия, Застрахователят изплаща на Бенефициента Застрахователната сума определена към датата на смъртта в резултат на злополука на Застрахования.

17.2 Застрахователната сума не може да бъде по-висока от максималната застрахователна сума, посочена в чл.14 и посочена в Застрахователния сертификат.

17.3 Смъртта трябва да е била причинена от злополука, която представлява всяко телесно нараняване, което е непреднамерено от страна на Застрахования, възникнало случайно, непредвидено, внезапно и с възршен за Застрахованото лице произход. Смъртта следва да е настъпила в срок до 12 месеца от злополуката и да е в причинно-следствена връзка с нея.

Член 18 Застрахователно плащане при Пълна и Необратима Загуба на Автономност (ПНЗА) в резултат на злополука

18.1 При настъпване на пълна и необратима загуба на автономност (ПНЗА) в резултат на злополука със Застрахованото лице, Застрахователят приравнява този риск към риска смърт в резултат на злополука като осъществява предварително изплащане на застрахователната сума, определена на датата на признаване на състоянието на пълна и необратима загуба на автономност (ПНЗА) в резултат на злополука. Датата на признаване на състоянието на пълна и необратима загуба на автономност (ПНЗА) в резултат на злополука е датата на признаването ѝ от Медицинската Комисия на Застрахователя, която е специално назначена за този цел, и съпада с датата на настъпването на риска - Пълна и необратима загуба на автономност (ПНЗА) в резултат на злополука. Застрахователното плащане при ПНЗА в резултат на злополука се изчислява по начина на изчисляване на застрахователната сума при смърт в резултат на злополука, описан в чл.17. по-горе..

18.2 Застрахованият се счита за намиращ се в състояние на пълна и необратима загуба на автономност в резултат на злополука, когато той/тя е постоянно и напълно неспособен да упражнява каквато и да е професия, или пък работа, която би могла да му/й донесе възнаграждение, в резултат на злополука, настъпила в срока на индивидуалното му застрахователно покритие и когато той/тя е принуден да разчита на помощта на трети лица, за да осъществява обичайни ежедневни действия. Изплащането на застрахователната сума по риска Пълна и необратима загуба на автономност в резултат на злополука прекратява застрахователното покритие.

18.3 Обичайни ежедневни дейности са следните дейности:

- **Измиване** – способно ли е застрахованото лице самостоятелно да се измие или вземе душ (включително самото влизане и излизане от банята);
- **Обличане** – способно ли е застрахованото лице да се облича и преоблича или да използва ортопедични помощни средства;
- **Хранене** – Способно ли е лицето да се храни без чужда помощ след предварително приготвена и поднесена храна;
- **Тоалет** – способно ли е лицето да се придвижва до и от тоалетната самостоятелно, да контролира пикочния мехур и функциите на червата с цел поддържане на лична хигиена;
- **Придвижване** – способно ли е лицето да се придвижва от едно помещение в друго по равна повърхност;
- **Преместване** – способно ли е лицето да се придвижи самостоятелно до проходилка или инвалидна количка.

18.4 Застрахованият се счита за намиращ се в състояние на пълна и необратима загуба на автономност (ПНЗА) когато не е в състояние да извършва поне 4 от посочените по-горе обичайни ежедневни дейности.

18.5 Застрахователната сума не може да бъде по-висока от максималната застрахователна сума, посочена в чл.14 и посочена в Застрахователния сертификат.

Член 19 Застрахователно плащане при пълна трайна неработоспособност в резултат на злополука

19.1 При настъпване на Пълна Трайна Неработоспособност в резултат на злополука със Застрахования, Застрахователят приравнява този риск към риска Смърт в резултат на злополука и извършва застрахователно плащане към датата на признаване на състоянието на ПТН в резултат на злополука. Датата на признаване на състоянието на ПТН в резултат на злополука от Медицинската Комисия на Застрахователя е датата на настъпването на риска Пълна Трайна Неработоспособност в резултат на злополука. Застрахователното плащане при Пълна Трайна Неработоспособност в резултат на злополука се изчислява по начина

на изчисляване на застрахователната сума при смърт в резултат на злополука, описан в чл.16 по-горе.

19.2 Пълна Трайна Неработоспособност (ПТН) в резултат на злополука е Пълна Трайна загуба или постоянно намаляване на определени способности на Застрахования в резултат на физическо увреждане като пряка причина от покрития съгласно условията на настоящите Общи условия на Договора злополука, което води до пълна трайна функционална (физическа) загуба на работоспособност на Застрахования и вследствие на което Застрахованият не е в състояние да осъществява каквато и да е дейност срещу възнаграждение.

Злополука е всяко телесно нараняване, което е непреднамерено от страна на Застрахования, възникнало случайно, непредвидено, внезапно и с външен за Застрахования произход.

19.3 Състоянието на ПТН в резултат на злополука се определя от медицинска експертна комисия, определена от Застрахователя на базата на представените медицински документи, включително решение на НЕЛК/ТЕЛК. Състоянието на ПТН в резултат на злополука не може да бъде признато по-рано от 12 месеца, считано от настъпването на състоянието на пълна неработоспособност, освен в случаите на необратима загуба на зрението на двете очи или ампутиране на два или повече крайника във или над китката или глезена или всяка друга пълна и необратима загуба на работоспособност в резултат на злополука.

Във всички случаи датата на настъпването на риска Пълна Трайна Неработоспособност трябва да е в срока на индивидуалното застрахователно покритие на конкретното Застраховано лице. Застрахователят не е задължен да приеме каквото и да е мнение (дори това на официалните органи, оторизирани да предоставят такова мнение в съответствие със задължителния за прилагане Кодекс за Социално Осигуряване).

19.4 Минималната степен на загуба на работоспособност в резултат на злополука, която ще доведе до изплащането на застрахователно плащане от страна на Застрахователя, съответства на състоянието, в което Застрахованият не е в състояние да осъществява каквато и да е дейност срещу възнаграждение. В този случай, Застрахователят ще извърши предварително плащане на застрахователното плащане в случай на смърт (член 17 по-горе) към датата на признаването на състоянието на ПТН в резултат на злополука.

19.5 Застрахователното покритие по риска Пълна Трайна Неработоспособност в резултат на злополука е в сила единствено за лица, които имат официално регистрирана професия, както на началната дата на неговото/нейното индивидуално застрахователно покритие, така и на началната дата на евентуалната Пълна Трайна Неработоспособност в резултат на злополука.

19.6 Застрахованият трябва да предостави на Застрахователя доказателства, че той/тя е упражнявал официално регистрирана професия на началната дата на Пълната Трайна Неработоспособност в резултат на злополука. Застрахователната премия е еднаква, независимо дали Застрахованото лице упражнява официално регистрирана професия или не.

19.7 Официално регистрирана професия означава трудова заетост въз основа на трудов договор или свободна професия, която е регистрирана по определения в нормативната уредба ред и за която Застрахованото лице е получавало периодично възнаграждение през последните три месеца преди началото на индивидуалното застрахователно покритие и преди датата на настъпване на покрития риск.

19.8 Застрахователната сума не може да бъде по-висока от максималната застрахователна сума, посочена в чл. 15 и посочена в Застрахователния сертификат.

Член 20 Застрахователно плащане при Временна загуба на работоспособност в резултат на злополука

20.1 В случай на настъпване на покрит съгласно условията на настоящите Общи условия на Договора риск Временна загуба на работоспособност в резултат на злополука, Застрахователят изплаща застрахователно плащане съгласно чл.15 и Застрахователния Сертификат.

20.2 Временната Неработоспособност и отпуск по болест на Застрахования трябва да бъдат регистрирани от лицензиран лекар в лицензирано лечебно заведение със съответните медицински документи съгласно местното законодателство. Срокът на временната загуба на работоспособност се определя от Медицинска комисия, оторизирана от Застрахователя на базата на медицински документи (болнични листа или други документи) съгласно местното законодателство, които са били издадени съгласно законите изисквания).

Началото на неработоспособността, посочено в първия издаден и одобрен от Медицинската експертна комисия медицински документ ще бъде считано за дата на настъпване на Временната Неработоспособност в резултат на злополука.

20.3 При настъпване на риска Временна загуба на работоспособност, покрит съгласно условията на настоящите Общи условия на Договора – застрахователното плащане е в размер на 250 лева за сребърна защита или 500 лева за златна защита за един месец от настъпването на временната неработоспособност с продължителност над 30 последователни дни до настъпването на най-ранната от следните дати: изтичане на срока на Временната Неработоспособност; 180-тия ден от началото на плащането за Временната Неработоспособност или прекратяването на индивидуалното застрахователно покритие. За всеки ден от временната неработоспособност, размерът на обезщетението се изчислява по дневна ставка равна на 8.33 лв на ден за сребърна защита или 16.66 лв. на ден за златна защита.

20.4 Обезщетение за временна загуба на работоспособност в резултат на злополука ще бъде изплатено, ако същата е настъпила най-рано 3 дни след датата на началото на индивидуалното застрахователно покритие на всяко застраховано лице и е с продължителност над 30 последователни дни.

20.5 Застрахователното покритие по риска Временна Неработоспособност е в сила единствено за лица, които имат официално регистрирана професия, както на датата на приемане за застраховане, така и на началната дата на вероятната временна загуба на работоспособност. Застрахователната премия е еднаква, независимо дали застрахованото лице упражнява официално регистрирана професия или не.

Член 21 Задължения при настъпване на застрахователно събитие и за неговото доказване

21.1. При настъпване на покрит риск Застрахованото лице, бенефициентите, респективно неговите/нейните законни наследници или всяко друго лице, което има застрахователен интерес за изплащане на застрахователното плащане, трябва да уведоми Притежателя на полицата и Застрахователя, както и да предостави всички, изискуеми от Застрахователя документи съгласно чл. 106 от Кодекса за Застрахованото, необходими с цел определяне на основателността и размера на претенцията.

21.2. Застрахованото лице или Бенефициентът трябва да представят на Застрахователя следните документи в зависимост от вида на настъпилото застрахователно събитие:

21.3. В случай на смърт в резултат на злополука:

Декларация за настъпило застрахователно събитие по образец на Застрахователя включително пълни и точни данни за банковата сметка, по която да бъдат извършени плащанията от страна на застрахователя;

Заявление за кандидатстване за застраховане, валиден застрахователен сертификат Препис-извлечение от Акт за смърт;

Съобщението за смърт, попълнено от лекаря, удостоверил смъртната, посочващо причината за смъртта;

Доказателство за злополуката, която е причина за смъртта;

Други документи, които Застрахователят счита за необходими, като лична амбулаторна карта (ЛАК), протокол за ПТП, каквито и да е медицински експертизи, като химическа експертиза и други документи, в съответствие с член 106 от Кодекса за Застрахованото;

Декларация от Притежателя на полицата, посочваща използвана сума по овърдрафта към датата на настъпване на смъртта в резултат на злополука;

21.4. В случай на пълна трайна неработоспособност в резултат на злополука (ПТНЗ) или Пълна и необратима загуба на автономност (ПНЗА) в резултат на злополука: Задължението за доказване е на Застрахованото лице, което е задължено да декларира застрахователното събитие пред Застрахователя в срок до четири месеца от неговото настъпване. Застрахователното обезщетение се изплаща след получаване на следните документи:

Заявление за кандидатстване за застраховане, валиден застрахователен сертификат;

Декларация за настъпило застрахователно събитие по образец на Застрахователя включително пълни и точни данни за банковата сметка, по която да бъдат извършени плащанията от страна на застрахователя;

Медицински сертификат, адресиран в запечатан плик до доверения лекар на Застрахователя, използвайки форма на Застрахователя, попълнен от лекар, който осъществява лечението, и който показва характера на увреждането или на болестта, последващото постоянно състояние и датата на настъпване на състоянието - решение на ТЕЛК/НЕЛК, ако има такова;

Доказателство, че Пълната необратима загуба на автономност на Застрахования е вследствие на злополука;

Други документи, които Застрахователят счита за необходими, в съответствие с член 106 от Кодекса за Застрахованото;

Декларация от Притежателя на полицата, посочваща използвана сума по овърдрафта към датата на настъпване на риска ПНЗА в резултат на злополука

21.4.1 В случай на Временна неработоспособност в резултат на злополука

Застрахованото лице трябва да предостави на Застрахователя следните документи:

- Искане за извършване на застрахователно плащане по образец на Застрахователя включително пълни и точни данни за банковата сметка, по която да бъдат извършени плащанията от страна на застрахователя;

- застрахователен сертификат, с който се удостоверява, че Застрахователят е приел /съдължника я за застраховане съгласно съответното покритие, приложимо към застрахованите кредитополучатели/съдължници по съответния вид кредит;

- медицински документ от болница (епикризи);

- лична амбулаторна карта (ЛАК);

- болнични листове, издадени от лицензиран лекар;

- удостоверение, издадено от работодателя на застрахованото лице, че застрахованото лице е наето от него или копие от трудов договор на застрахованото лице или копие от болнични листове за платен отпуск по болест;

- всички други документи, които Застрахователят счита за необходими, в съответствие с член 106 от Кодекса за застрахованото.

21.4.2. След изтичането на срока от четири месеца, освен ако Застрахованият може да докаже, че той/тя не е могъл/могла в този срок да предаде и декларира претенцията, Застрахователят си запазва правото, с оглед на последните, причинени от невъзможността за удостоверяване на степента на неработоспособност, да определи началната дата на неработоспособността към датата на уведомлението за претенция до Застрахователя.

21.5. Всяко задържане на информация или умислено невярно деклариране от страна на Застрахования или на негов наследник, или представянето на невярни или фалшиви документи с цел да удостоверят дата, обстоятелство или последствия от застрахователно събитие, ще доведе до отказ за покриване на каквото и да е риск по застраховката във връзка с тази претенция.

21.6. Датата на предявяване на претенцията е датата, на която Застрахователят е бил уведомен за нея.

21.7. В срок от 15 работни дни от получаване на документите, описани по-горе, Застрахователят е длъжен да вземе едно от следните решения:

- да приеме претенцията за основателна;

- да откаже изплащане на претенцията на база на мотивирано решение;

21.8. Ако Застрахователят приеме претенцията за основателна, ще изплати застрахователното обезщетение в срок от 15 работни дни след получаване на всички необходими документи

21.9. Застрахователят ще изплати застрахователно плащане само в случаите, когато приеме претенцията за основателна.

21.10. Когато не са представени всички доказателства по чл.106 от Кодекса за застрахованото Застрахователят ще се произнесе по един от горните начини не по-късно от шест месеца от датата на предявяването на претенцията

Член 22 Експертно проучване и преглед

22.1 Преглед

Всеки лекар, който е бил назначен от Застрахователя, трябва да има право на достъп до Застрахования, който се намира в състояние на неработоспособност, по всяко време на всеки работен ден - до 20 ч., на мястото, където той/тя провежда лечение, или в неговия/нейния дом, така че да бъде в състояние да провери сериозността на неговото /нейното здравословно състояние и при неосъществяването на което би могло да бъде отказано застрахователно покритие.

22.2 Медицински арбитраж

Ако е налице различие в мненията между Застрахователя и Застрахования (или на наследника на застрахования, в случай на смърт в резултат на злополука), тогава трябва да бъдат използвани доброволни или съдебни средства, за да се даде възможност на правоспособен медицински експерт да действа като арбитър между двете различни гледни точки на двете страни.

При извънсъдебно уреждане на спорове, разходите и хонорарите, за първите двама медицински експерти, се поемат от страната, която е назначила съответния експерт, а тези за третия експерт – се поделят по равно между двете страни.

22.3 Всички решения на Застрахователя, взети на базата на заключенията на назначения лекар, трябва да бъдат съобщени на Застрахования чрез препоръчано писмо, като те са окончателни за Застрахования, освен ако той/тя не ги оспори в срок

до два месеца от тяхното получаване чрез представяне на подробно медицинско удостоверение. Всяко такова възражение трябва да бъде отправено до Застрахователя с препоръчано писмо.

Член 23 Давност

Правата и задълженията по застраховката, свързани със застрахователните плащания се погасяват с 5 годишна давност, считано от настъпването на покритият риск, освен ако в нормативен акт не е предвидено друго

Член 24 Уведомления. Адреси

24.1 Застрахованият и/или Притежателят на полицата са длъжни да информират писмено Застрахователя за всяка промяна на неговия/нейния адрес. Ако Застрахованият и/или Притежателят на полицата се пресели извън територията на Република България, той/тя трябва да уведоми Застрахователя за неин/негов адрес за кореспонденция на територията на България.

24.2 Всички уведомления, които трябва да бъдат изпратени до Застрахования, ще бъдат изпратени на последния, известен на Застрахователя, адрес.

24.3 Всички известия до Застрахователя трябва да бъдат изпращани на адреса на неговия централен офис. Ако Застрахователят промени адреса си, той трябва да уведоми всички застраховани за промяната чрез публикация в пресата.

24.4 За дата на уведомяване се счита датата на получаване на уведомлението. Това условие не е приложимо в случаите, когато Застрахованият и/или Притежателят на полицата не е уведомил писмено Застрахователя за неговия/нейния адрес. В тези случаи за дата на уведомлението се счита датата на изпращане на уведомлението от Застрахователя, на последния му известен адрес на Застрахования.

24.5 Застрахованият и/или Притежателят на полицата е длъжен да съобщава на Застрахователя за всяка промяна на своето име, фирма или наименование, или адрес за кореспонденция, които са посочени в застрахователния договор или в други документи, отправени до застрахователя. В случай че той не изпълни това свое задължение или посочи невярна информация, всяко писмено изявление от страна на Застрахователя, изпратено от него на адреса на Застрахования, последно обявен пред застрахователя, се счита за връчено и получено от Застрахования с всички предвидени в закона или в договора правни последици.

Член 25 Защита на личните данни

25.1. Субектът на лични данни (физическото лице, за което се отнасят данните) получава информация за личните данни обработвани от Застрахователя, в качеството му на администратор на лични данни при сключването на застраховката (когато данните се предоставят от субекта на данните) или в определените в приложимата нормативна уредба срокове (когато данните не се предоставят от субекта на данните).

25.2. Във всички случаи, субектът на лични данни може да получи подробна и актуална информация, за правата предоставени на субекта на личните данни и начинът на осъществяването им по един от следните начини:

- На уебсайта на Застрахователя <https://www.groupama.bg> в секцията, отнасяща се за обработването на лични данни
- Чрез подаване на искане до Застрахователя или до Длъжностното лице за защита на данните на Застрахователя на адреса на управлението на Застрахователя или на и-мейл адрес: office@groupama.bg
- На хартиен носител в офисите на Застрахователния агент, при сключването на застраховката, както и след това в случай, че е подал такова заявление.
- По друг начин, ако такъв е предвиден в секцията за лични данни на уеб сайта на Застрахователя или в приложимата нормативна уредба.

25.3. Информацията за обработваните от Застрахователя лични данни, най-общо съдържа следното:

- Идентификационни данни и данни за контакт на Застрахователя, в качеството му на администратор на лични данни,
- Контакти на Длъжностното лице за защита на данните,
- Видовете лични данни обработвани от Застрахователя, целите и правното основание на обработването им
- Наличието на договорно или законово изискване за предоставяне на данните и последиците от непредоставянето им.
- Категориите получатели, на които данните могат да бъдат предоставяни или прехвърляни, както и местонахождението на тези получатели, в това число и подробности за осигурителната защита, в случай че данните се прехвърлят в страни извън Европейския съюз и Европейското икономическо пространство
- Периода, през който данните се обработват от Застрахователя
- Източника, от който са получени личните данни, в случаите когато те не са получени от субекта на данните;
- Съществуването на автоматизирано вземане на решения, включително профилирането на субекта на данните, съществена информация относно използваната логика, както и значението и предвидените последици от това обработване за субекта на данните.
- Правата на субекта на данните и начинът, по който тези права могат да бъдат осъществени, а именно:
 - Информирането (във връзка с обработването на личните му данни от Застрахователя);
 - Достъп до собствените лични данни;
 - Коригиране (ако данните са неточни);
 - Изтриване на личните данни (право „да бъдеш забравен“);
 - Ограничаване на обработването от страна на администратора или обработващия лични данни;
 - Преносимост на личните данни между отделните администратори;
 - Възражение спрямо обработването на неговия лични данни;
 - Субектът на данни има право и да поиска да не бъде обект на решение, основаващо се единствено на автоматизирано обработване, включващо профилиране, което поражда правни последици за субекта на данните или по подобен начин го засяга в значителна степен;
 - В случай, че обработването се основава на съгласие, предоставено от субекта на данните, правото му да го оттегли по всяко време, без да се засяга законността на данните

обработването въз основа на съгласие, преди то да бъде оттеглено;

- Право на защита по съдебен или административен ред, в случай, че правата на субекта на данни са били нарушени.

25.4. Информацията по-горе се предоставя безплатно. Когато исканията на субекта на данни са явно неоснователни или прекомерни, по-специално поради своята повторност, Застрахователят може или:

а) да наложи разумна такса, като взема предвид административните разходи за предоставяне на информацията или комуникацията или предприемането на исканите действия, или

б) да откаже да предприеме действия по искането.

25.5. Лицата чиито данни се обработват имат право да поискат осъществяване на техните права като изпратят писмено искане до Застрахователя или да Длъжностното лице за защита на данните на Застрахователя, на посочения по-горе адрес на управлението на Застрахователя или на и-мейл адрес: office@groupama.bg, в което да посочат какво точно желаят. Когато Застрахователят има основателни опасения за самоличността на физическото лице, което подава искане за осъществяване на правата му (достъп до собствените лични данни; коригиране; изтриване на личните данни; ограничаване на обработването от страна на администратора или обработващия лични данни; преносимост на личните данни между отделните администратори; възражение спрямо обработването на неговия лични данни и др.), Застрахователят може да поиска предоставянето на допълнителна информация, необходима за потвърждаване на самоличността на субекта на данните.

25.6. Застрахованото лице, чрез своя подпис на заявлението за застраховане, валиден застрахователен сертификат, предвид изискванията на чл. 454 и чл.107 от Кодекса за застраховането и на чл.28 от Закона за здравето и с цел осъществяването на правата и изпълнението на задълженията на Застрахователя по застраховката, упълномощава Застрахователя да проверява и получава данни, свързани с установяване на причините и обстоятелствата за настъпването на покритите рискове в съответните институции (МВР, съд, прокуратура, НОИ, национална и районна здравно-осигурителна каса, ТЕЛК, НЕЛК и др.), разследващи органи, други държавни органи, лица, които имат право да удостоверяват настъпването на обстоятелства, лечебни и здравни заведения, лични лекари, лекари-специалисти и др.

Член 26 Информация за Застрахователния агент

„Експресбанк“ АД, освен Притежател на настоящата групов полица е и необвързан Застрахователен агент на „Групама Животозастраховане Експрес“ ЕАД съгласно Застрахователен агентски договор №1.

„Експресбанк“ АД, със седалище и адрес на управление гр. Варна, бул. "Владислав Варненчик" № 92, е вписано в Търговския регистър с ЕИК 813071350 (www.brra.bg), както и в Комисия за Финансов Надзор (www.fsc.bg) като застрахователен агент на „Групама Животозастраховане Експрес“ ЕАД.

Застрахователният агент не притежава повече от 10 на сто от гласовете в Общото събрание и капитала на „Групама Животозастраховане Експрес“ ЕАД.

Groupama Assurances Mutuelles, което е предприятие майка на Застрахователя по смисъла на чл.325, (1), т.4 във вр. с §1.т.19 от Кодекса за застраховането, не притежава акции, представляващи повече от 10 на сто от гласовете в общото събрание и от капитала на Застрахователния агент.

Във връзка със застрахователния договор, Застрахователният агент извършва застрахователно посредничество изключително за „Групама Животозастраховане Експрес“ ЕАД за покритията по рискове Злополука.

За извършваната дейност по застрахователно посредничество, Застрахователният агент получава възнаграждение (фиксиран комисион), включено в застрахователната премия. Застрахователният агент не предоставя съвет (лична препоръка по смисъла на чл.4, параграф 1, т.15 от Директива (ЕС) 2016/97 за разпространението на застрахователни продукти) на потребителите на застрахователни услуги относно застраховката.

Застрахователният агент събира от името и за сметка на Застрахователя заявленията за застраховане, както и дължимата за застрахованите лица застрахователна премия по реда, посочен в Груповия застрахователен договор.

Член 27 Жалби срещу Застрахователния агент

Потребителите на застрахователни услуги (или други засегнати лица) могат да подават жалби относно дейността на застрахователния агент. Жалби се подават в писмена форма, на адреса на агента, посочен в чл.24 по-горе, или на адреса на съответен офис или клона, в който потребителят е обслужван, чрез електронна поща, телефон или факс, публикувани в интернет страницата на агента <https://www.expressbank.bg/>.

Потребителят получава отговор на жалбата си или в някои случаи, при по-сложни случаи, които изискват задълбочена проверка, потребителят получава уведомително писмо, че жалбата е приета и се разглежда.

В случай, че разглеждането на жалбата от страна на застрахователния агент и решението, което е предложено, не удовлетворява потребителя, спорът може да се отнесе до по-горна инстанция и висшето ръководство на „Експресбанк“ АД, както и пред компетентните органи, като например Комисията за защита на потребителите, Комисия за защита на личните данни, Комисия за финансов надзор, Българска Народна банка.

Член 28 Информация за Застрахователя

Докладът за платежоспособността и финансовото състояние на „Групама Животозастраховане Експрес“ ЕАД е публикуван на интернет страницата на застрахователя <https://www.groupama.bg>, след като бъде одобрен за съответната година по реда и в сроковете, определени в Кодекса за застраховане. Застрахователят няма нормативно задължение и не предоставя съвет (лична препоръка по смисъла на чл.4, параграф 1, т.15 от Директива (ЕС) 2016/97 за разпространението на застрахователни продукти) относно застраховката.

Член 29 Жалби срещу Застрахователя

Всички жалби относно застрахователни претенции към „Групама Животозастраховане Експрес“ ЕАД трябва да бъдат подадени на адреса на управление на Застрахователя в България, гр. София, ПК 1124, бул. "Цариградско шосе" № 47А, бл. В, ет. 3.

Жалбата трябва да бъде написана ясно и четливо и трябва да съдържа следната минимална информация: трите имена на жалбоподателя, адрес на лицето, както и телефон за контакт, причината/те за предявяване на жалбата, подпис на жалбоподателя и дата на подаване на жалбата.

Процедурата по разглеждане на жалбите относно застрахователни претенции приключва с издаването на решение във формата на писмен отговор, посочващо основанията за взетото решение. Сроктът за изпращане на писмения отговор е не по-късно от 7 дни от получаването на жалбата.

Правила за уреждане на застрахователни претенции на „Групама Животозастраховане Експрес“ ЕАД са достъпни на следната интернет страницата на застрахователя: <https://www.groupama.bg>

При условие, че потребителите на застрахователни услуги (или други засегнати лица) не са удовлетворени от решението на жалба или от решението, предложено от Застрахователя, те могат да подадат жалба пред компетентните органи, като например Комисията за защита на потребителите и Комисия за финансов надзор както и други компетентни органи, посочени в Глава Девет от Закона за Защита на потребителите.

Член 30 Обща информация данъчния режим, приложим към застрахователен договор

Съгласно чл.13 ал.1 т.14. от ЗДДФЛ не подлежат на облагане застрахователните обезщетения, когато е настъпило застрахователно събитие

Член 31 Компетентна юрисдикция

31.1 При възникването на спорове по застраховката, приложимо е българското законодателство.

31.2 Споровете между страните се решават по взаимно съгласие- извънсъдебно чрез Медицински арбитраж по реда на чл.22.2. по-горе, респективно, а ако няма постигнато споразумение – пред компетентния български съд. Приложимо е българското законодателство.

Член 32 Нормативна основа

Настоящите Общи Условия на Договора се регулират от българския Кодекс за Застраховането.

Декларациите, направени от Притежателя на полицата и от Застрахованите лица, съставляват неразделна част от Договора.

Настоящите Общи Условия по Групова Семейна застраховка „Злополука“ са одобрени от Съвета на Директорите на „Групама Животозастраховане Експрес“ ЕАД с решение от протокол за заседание на Съвета на Директорите от 07.05.2013, изменени с протокол на СД от 12/09/2013, 16/12/2015, 29/01/2016 и 25/04/2018, изменени и допълнени на заседание на Съвета на директорите, проведено на 26.09.2018.

ОБЩИ УСЛОВИЯ ПО ДОБАВЪК ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ В РЕЗУЛТАТ НА ЗЛОПОЛУКА ВКЛЮЧВАЩИ ИНФОРМАЦИЯ ПО ЧЛЕН 324-326 ОТ КОДЕКСА ЗА ЗАСТРАХОВАНЕ.

Настоящите Общи условия включват Информацията относно Застрахователя и Застрахователния агент по чл.324-325 от Кодекса за застраховане и Обща информация допълнителна информация за застрахователния продукт по чл.326-327 от Кодекса за застраховане и се предоставят на кандидатите за застраховане преди сключване на застрахователния договор.

Член 1 Дефиниции

Дефинициите, използвани в настоящите Общи Условия имат следното значение:

1. Хоспитализация в резултат на злополука

Хоспитализация в резултат на злополука е, когато застрахованият е приет в болница като регистриран пациент по лекарско предписание за спешно или необходимо лечение поне за 1 ден болничен престой (24 часа) в лицензирана болница за лечение, извършено от лицензиран лекар и което е в резултат от покрит риск.

2. Болница е здравно заведение с легла за публично ползване, юридическо лице, което е частна или обществена собственост и която осигурява постоянни медицински услуги. Болницата трябва да притежава всички разрешения и лицензи за извършване на дейност от съответните правителствени или законови институции. Заведения, които не се считат за болници включват, но не са лимитирани до: центрове за възстановяване, центрове за продължителни грижи, домове за грижи за възрастни хора, санаториуми или курортни заведения.

3. Лекар е лице, което предоставя медицински услуги съгласно неговото/нейното право на свободна практика, предоставено от съответна правителствена институция и от акредитирана академична институция.

4. Дневно плащане за ден хоспитализация в резултат на злополука е сумата, която Застрахователят плаща за един ден болничен престой, доказан с епикриза при изписване от болницата, издадена на името на застрахованото лице.

5. Ден болничен престой е периодът от поне 24 последователни часа, съответстващи на периода от приемането в болница до изписването от болницата на застрахованото лице.

Член 2 Бенефициент/и

2.1 При настъпване на застрахователно събитие Хоспитализация в резултат на злополука, Бенефициент е съответното Застраховано лице. При сключването на застрахователния договор (подписване на Сертификата за застраховане или предоставяне на декларация-съгласие за застраховане), Застрахованото лице може да определи и други, един или повече бенефициенти (ползващи се лица).

2.2 Застрахованото лице може да променя Бенефициента/ите по време на продължителността на индивидуалното застрахователно покритие като подаде искане за промяна в писмена форма.

2.3 За всички случаи, които не са уредени в този член, се прилага член 444 от Кодекса за Застраховане.

Член 3 Застраховани лица (застраховани)

3.1 Застраховани лица са физическото лице, титуляр на платежна сметка в „Експресбанк“ АД и членове на семейства му, които са на възраст:

- до 64 навършени години в началото на тяхното индивидуално застрахователно покритие и са не по-възрастни от 65 навършени години в края на тяхното индивидуално застрахователно покритие по същата застраховка;
- над 18 години и са подписали Застрахователен сертификат или са дали тяхното съгласие в декларация съгласие да бъдат застраховани;
- под 18 години – Застрахователният сертификат е подписан от родител или настойник, в случай че лицата са малолетни или от застрахования и родител или попечител, в случай, че лицата са непълнолетни; Съгласието на родителя/настойника/попечителя може да се предостави и с изрична декларация-съгласие за застраховане.

3.2 Застраховани лица са тези, изрично посочени в Застрахователния Сертификат, подписан от двете страни по Застрахователния Договор, които са дали съгласие да бъдат застраховани и са приети за застраховане от Застрахователя.

Член 4 Покрити рискове

Съгласно условията и клаузите на настоящите Общи Условия Застрахователят осигурява покритие за следните рискове, настъпили със Застрахования в срока на неговото / нейното индивидуално застрахователно покритие:

4.1 Хоспитализация в резултат на злополука

Член 5 Изключени рискове при Хоспитализация в резултат на злополука

При Хоспитализация в резултат на злополука в допълнение към изключените рискове, описани по-горе в чл.13 от Общите условия, не се покриват:

- Преките или косвени последствия и резултати от заболяване;
- Злополука, за която Застрахованият отказва да приеме обосновано и/или рационално медицинско лечение;
- Пластична хирургия, освен хирургия след злополука, покрити от тази застраховка;
- Естетична хирургия;
- Операция планирана преди началото на индивидуалното застрахователно покритие, във връзка с вече съществуваща злополука;
- Самоунищожение или самопричинено увреждане, независимо дали застрахованият е в състояние на вменяемост или невменяемост;
- Неработоспособност, за която Застрахованият претендира, че е придобил въз основа на субективни оплаквания, които не могат да бъдат установени с лабораторни изследвания, микробиологични, биохимични средства и/или изобразителни тестове.
- Безплодие или всякакъв вид асистирана репродукция;
- Хоспитализация в хидро центрове, спа центрове, центрове за природно лечение или всякакви други подобни заведения дори и ако са регистрирани като болници;
- Хоспитализация за промяна на пола;
- Бременност, аборт или раждане;
- Даряване на органи

Член 6 Застрахователна сума

6.1 Застрахователната сума за всяко застраховано лице е платима като еднократна сума и е равна на фиксирана сума в размер, посочен в Застрахователния сертификат и в този член по-долу, на ден в случай на Хоспитализация в резултат на злополука.

6.2 Сумата от всички извършени от Застрахователя застрахователни плащания през срока на индивидуалното застрахователно покритие на конкретното застраховано лице не може да надхвърли размера на застрахователната сума, посочен в Застрахователния сертификат.

6.3 Размерът на застрахователната сума за едно застраховано лице, посочена в застрахователния сертификат не може да надхвърля следните лимити:

6.3.1 Сребърна защита

Хоспитализация в резултат на злополука – по 20 лева на ден за хоспитализация в резултат на злополука и не повече от 600 лева за една застрахователна година

6.3.2 Златна защита

Хоспитализация в резултат на злополука – по 40 лева на ден за хоспитализация в резултат на злополука и не повече от 1 200 лева за една застрахователна година

Член 7 Изчисляване и плащане на застрахователната премия

Размерът на застрахователната премия е включена в Общата премия за групова семейна застраховка Злополука, посочена в Застрахователния сертификат.

Член 8 Застрахователно плащане при Хоспитализация в резултат на злополука

8.1 Застрахователят изплаща фиксираната в Застрахователния сертификат за ден болничен престой в резултат на покрит риск за периода на хоспитализацията в резултат на злополука (брой на дните болничен престой). Застрахователят изплаща това застрахователно плащане, само ако периодът на хоспитализацията в резултат на злополука е в срока на индивидуалното застрахователно покритие на застрахованото лице.

8.2 Обезщетение за хоспитализация в резултат на злополука се изплаща, ако същата е настъпила най-рано 3 дни след датата на началото на индивидуалното застрахователно покритие и е с продължителност най-малко 3 дни. Изплащането на застрахователното плащане започва от 4-тия ден след началото на хоспитализацията.

Максималният период, за който застрахователното плащане се изплаща е ограничен до 30 дни в рамките на индивидуалното застрахователно покритие.

8.3 Хоспитализацията се декларира чрез предоставяне на епикризи от болницата, които трябва да бъдат удостоверени от болницата или медицинското заведение, в което застрахованото лице е било хоспитализирано.

Член 9 Приложими разпоредби за въпросите неуредени в настоящите Общи условия по добавък Хоспитализация в резултат на злополука

За всички неуредени в настоящите Общи условия по добавък Хоспитализация въпроси, включително но не само: дефиниции, срок на застрахователния договор, срок на индивидуалното застрахователно покритие се прилагат разпоредбите на Общите Условия по групова семейна застраховка „Злополука“ на „Групама Животозастраховане Експрес“ ЕАД.

Настоящите Общи Условия по Добавък Хоспитализация са одобрени от Съвета на Директорите на „Групама Животозастраховане Експрес“ ЕАД с решение от протокол за заседание на Съвета на Директорите от 13.03.2018 и 25.04.2018, изменени и допълнени на заседание на Съвета на директорите, проведено на 26.09.2018.

„Моето Семейство“ застраховка злополука

Информационен документ за застрахователния продукт

„Групата Животозастраховане Експрес“ ЕАД, регистрирано в търговския регистър с ЕИК № 175294549, с адрес на регистрация в Република България, притежаващо разрешение за извършване на застрахователна дейност, издадено от КФН 619-ЖЗ/ 04.05.2007 (Застраховател)

Продукт: Моето Семейство застраховка

Пълната преддоговорна и договорна информация за този продукт може да намерите в **Общите Условия по групова семейна застраховка „Злополука“**, (Общите условия) на <https://www.groupama.bg>, и в **Застрахователния сертификат за продукта**. Информация относно обработваните от застрахователя лични данни може да намерите на <https://www.groupama.bg> в секцията „Лични данни“.

Какъв е този вид застраховка?

Застраховка „Злополука“, по смисъла на т.1 от буква „А“, Раздел II, Приложение №1 от Кодекса за застраховането, на физически лица, титуляри на платежни сметки в „Експресбанк“ АД, осигуряваща покритие върху живота и телесната цялост на застрахованите лица.



Какво покрива застраховката?

✓ Смърт в резултат на злополука и Пълна и Необратима загуба на Автономност (ПНЗА) в резултат на злополука (освен смърт в резултат на злополука при ПТП)

Сребърно ниво 5 000лв.
Златно ниво 10 000лв.

✓ Смърт в резултат на злополука в резултат на ПТП и Пълна и Необратима загуба на Автономност (ПНЗА) в резултат на злополука в резултат на ПТП

Сребърно ниво 10 000лв.
Златно ниво 20 000лв.

✓ Пълна Трайна Неработоспособност (ПТН) в резултат на злополука (освен злополука в резултат на ПТП)

Сребърно ниво 5 000лв.
Златно ниво 10 000лв.

✓ Пълна Трайна Неработоспособност (ПТН) в резултат на злополука в резултат на ПТП

Сребърно ниво 10 000лв.
Златно ниво 20 000лв.

✓ Временна Неработоспособност в резултат на злополука с продължителност над 30 последователни дни, но за не повече от 180 дни

Сребърно ниво 250лв./месец
Златно ниво 500лв./месец

✓ Хоспитализация в резултат на злополука

Сребърно ниво 20лв./ден
Златно ниво 40лв./ден

За повече информация, моля вижте **Общите условия на Продукта** на <https://www.groupama.bg>.



Къде съм покрит от застраховката?

✓ Покритието е валидно на територията на целия свят. В случаите на рисковете, свързани със загуба на работоспособност (Пълна и Необратима Загуба на Автономност (ПНЗА), Пълна Трайна Неработоспособност (ПТН) и Временна Неработоспособност), обаче, определянето на неработоспособността, предшестващо извършването на застрахователно плащане, трябва да бъде направено от лекар, специално оторизиран от Застраховател за тази цел, което може да бъде гарантирано от Застрахователя само на територията на Република България или друга страна – член на Европейския Съюз.



Какво не покрива застраховката?

Застрахователят не е отговорен и не дължи застрахователно плащане:

- ✗ за покрити рискове, настъпили извън срока на индивидуалното застрахователно покритие;
- ✗ за изключените рискове;
- ✗ ако Застрахованият съзнателно е обявил неточно или е премълчал факт или обстоятелство, съществени за риска и този факт или обстоятелство е оказал въздействие за настъпването на покрития риск;
- ✗ ако рискът настъпи вследствие на умишлени действия от страна на Застрахования;
- ✗ ако фалшифицирани или неверни документи или информация са били представени на Застрахователя, то Застрахователят има право да не извърши застрахователно плащане;
- ✗ ако Застрахованото лице не отговаря на изискванията, приложими към всички застраховани лица, посочени в Общите Условия.



Има ли ограничение на покритието?

За всички видове покрития не се покриват преките или косвени последствия и резултати от:

- ! Всяка злополука или последствията от нея, настъпила преди началото на срока на индивидуалното застрахователно покритие;
- ! Преките или косвени последствия и резултати от заболяване;
- ! Злополука, за която Застрахованият отказва да приеме обосновано и рационално медицинско лечение;
- ! Умишлено извършено или опит за умишлено извършване на престъпление от общ характер, умишлено извършване или опит за умишлено извършване на физическо насилие или на друг незаконосъобразен акт, участие в незаконосъобразна дейност, главно престъпление или престъпление, потвърдено от съответните органи, включително злополука при задържане на застрахования от органите на реда и правосъдието, или докато застрахованият е задържан или е в затвора;
- ! Управление на МПС без свидетелство за управление;
- ! Участие на Застрахования в какъвто и да е вид авиационни дейности, освен като редовен пътник със закупен билет от лицензиран авиопревозвач, опериращ по редовен полет, с цел обслужване на пътници по редовна въздушна линия, или ако застрахованият е транспортиран като пациент, пострадад, придружител или като стюард/стюардеса, на линейка, спасителен полет или хеликоптер;

- ! Самоубийство или опит за самоубийство.;
- ! Хроничен алкохолизъм, злоупотреба с алкохол или употреба на наркотици и д.р.;
- ! Гражданска война и други бунтове и размирици;
- ! Участие във всякакъв вид професионален спорт или в някой от следните спортове, включващи употреба на двигател, бокс, подводно гмуркане с кислороден апарат, гмуркане, и.д.р.
- ! Всякакви психични, умствени или нервни разстройства;

За повече информация относно изключените рискове, моля вижте **Общите условия** на Продукта на <https://www.groupama.bg>



Какви са задълженията ми?

- Да съобщава на Застрахователя за всяка промяна на своето име, фирма или наименование, или адрес за кореспонденция.
- Да плати в определения в Застрахователния договор размер всяка премия/разсрочена част на премията до или на датата на падежа.
- При настъпване на покрит риск Застрахованото лице, респективно неговите/нейните законни наследници, Бенефициентът или всяко друго лице, което има застрахователен интерес за изплащане на застрахователното плащане, трябва да уведоми Застрахователя, както и да предостави всички, изискуеми от Застрахователя документи съгласно чл.106 от Кодекса за Застраховането, необходими с цел определяне на основателността и размера на претенцията. Документите трябва да са оригинали.

За повече подробности, моля, вижте **Общите условия** на Продукта на <https://www.groupama.bg>.



Кога и как плащам?

Застрахователната премия е годишна, платима годишно или на месечни вноски, чрез дебитиране на платежната Ви сметка веднъж месечно или веднъж годишно в зависимост от избрания начин на плащане, посочен в Сертификата за застраховане. Застрахователната премия се заплаща в лева.

Размерът, периодичността и падежите на премията/разсрочените части на премията се определят в Застрахователния сертификат.

Падежът на първата премия е началната дата на съответното застрахователно покритие. Падежът на всяка застрахователна годишна премия след първата премия е датата на всяка годишнина от срока на индивидуалното застрахователно покритие. Падежът на всяка месечна премия след първата премия, е датата на сключването на застраховката през всеки месец от индивидуалното застрахователно покритие.

Едновременно със застрахователната премия, и на основание чл.9 от Закона за Данък върху застрахователните премии, застрахованото лице заплаща и данък от 2 % върху всяка годишна/месечна премийна вноска.



Кога започва и кога свършва покритието?

Началото на индивидуалното застрахователно покритие за Застрахованите лица, приети за застраховане при сключването на груповия Застрахователен договор съвпада с началото на застрахователното покритие посочено в Застрахователния сертификат и е датата на плащане в определения в застрахователния договор размер на първата премия/първата разсрочена част на премията, а за лицата, включени впоследствие в групата на Застрахованите лица и приети за застраховане, началото на индивидуалното застрахователно покритие е датата на плащане на допълнителната премия, дължима за тях. Покритието свършва на датата на изтичане на груповия застрахователен договор, освен ако индивидуалното застрахователно покритие не е било прекратено предсрочно в следните случаи:

- на датата, на която Застрахователят получи отказ от Застрахования да бъде застрахован;
- в случай на неплащане на премията съгласно **Общите Условия**;
- на датата на изплащане на цялата Застрахователна сума;
- на датата на която Застрахованото лице е навършило 65 години;
- на датата на навършване на 18 години на Застрахованото лице – дете на Притежателя на полицата;
- Покритието Пълна трайна неработоспособност в резултат на злополука, се прекратява на датата, на която Застрахованото лице престане да упражнява официално регистрирана професия, включително в случай на пенсиониране. В този случай, след датата, на която Застрахованото лице е престанало да упражнява официално регистрирана професия, влиза в сила покритието Пълна и необратима загуба на автономност в резултат на злополука;
- Покритието Временна Неработоспособност, се прекратява на датата, на която Застрахованото лице спре да упражнява официално регистрирана професия, включително в случай на пенсиониране.
- на датата на прекратяване на Застрахователния договор;
- на датата на прекратяване на индивидуалното застрахователно покритие съгласно **Общите Условия**;
- когато Застрахователят е получил писмено уведомление от Притежателя на полицата, показващо, че връзката между Притежателя на полицата и Застрахования (връзката, на базата на която Застрахования е бил определен от Притежателя на полицата за Член на семейството), е прекратена. В този случай прекратяването на индивидуалното покритие влиза в сила на датата на падежа на следващата дължима застрахователна премия

За повече подробности, моля, вижте **Общите условия** на Продукта на <https://www.groupama.bg>.



Как мога да прекратя договора?

Договорът може да бъде прекратен при отпадане на интереса за сключването му от страна на Притежателя на полицата, както и при възражение на застрахованото лице, когато застраховката е сключена върху живота на друго лице.