

ОБЩИ УСЛОВИЯ ПО ГРУПОВА СПЕСТОВНА ЗАСТРАХОВКА ЖИВОТ ПРИЛОЖИМИ ЗА КЛИЕНТИТЕ НА „ЕКСПРЕСБАНК“ АД (МОЕТО УТРЕ)

Настоящите Общи условия (чл.2, Раздел 4), съдържат указания относно предоставянето и достъпа до информация по чл.13 и чл.14 от Общия регламент относно защита на личните данни

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

Настоящите Общи условия (Раздел 4 чл.2), съдържат указания относно предоставянето и достъпа до информация по чл.13 и чл.14 от Общия регламент относно защита на личните данни

Раздел 1

Общи разпоредби

Член 1 Дефиниции

Дефинициите, използвани в тези Общи Условия имат следното значение:

1. **Страни** по Груповия Договор за спестовна застраховка „Живот“ (Договора) са Притежателят на полицата и Застрахователят.

Застраховано лице

Ако физическо лице, отговаря на всички изисквания, описани в Договора, да стане Застраховано лице, то той/тя придобива правата и задълженията на Застраховано лице по Договора за спестовна застраховка „Живот“.

Притежател на Полицата: „Експресбанк“ АД, със седалище и адрес на управление; България, гр. Варна, бул. „Владислав Варненчик“ 92, вписано в Търговския регистър с ЕИК 813071350, както и в Комисия за Финансов Надзор (www.fsc.bg) като необвързан застрахователен агент на „Групама Животозастраховане Експрес“ ЕАД.

Застраховател: „Групама Животозастраховане Експрес“ ЕАД, притежавашо разрешение за извършване на застрахователна дейност, издадено от КФН № 619-ЖЗ/ 04.05.2007, вписано в публичния регистър на застрахователите при Комисия за финансов надзор с адрес на регистрация; България, гр. София, ПК 1124, бул. „Цариградско шосе“ № 47А, бл. В, ет. 3, регистрирано по фирмено дело № 8025/2007, ЕИК № 175294549, наричано по-нататък „Застраховател“

2. **Кандидат за застраховане** е физическо лице, клиент на Притежателя на полицата – титуляр на банкова сметка, което иска да бъде застраховано чрез присъединяване към Груповия Договор за спестовна застраховка „Живот“, като за тази цел подава писмено заявление до Застрахователя и представя необходимите за приемането му за застраховане документи.

3. **Застраховано лице** е физическо лице върху чийто живот, здраве и физическа цялост се сключва застраховката.

4. **Бенефициент (ползващо се лице)** е лице, определено в заявлението за застраховане, застрахователния Сертификат, което има правото да получи застрахователното плащане от Застрахователя в случай на настъпване на покрит съгласно условията на настоящите Общи условия и Договора риск.

5. **Застрахователен Сертификат** е документ, съдържащ всички законово установени елементи и удостоверяващ неговото/нейното присъединяване към групата на Застрахованите лица по Груповия застрахователен Договор.

Той съдържа личните данни на застрахованото лице (имена, ЕГН, адрес), срока на неговото/нейното индивидуално застрахователно покритие, размера и начина на плащане на застрахователната премия, застрахователно плащане, имената и данните за Бенефициента/тите, подписите на Застрахователя и Застрахованото лице както и изискуемата съгласно Кодекса за Застраховането информация. Застрахователният Сертификат включва също така таблицата с откупните стойности.

6. **Анекс (добавък)** е част от застрахователния Договор, който променя някои от първоначалните уговори в индивидуалния застрахователен сертификат и съдържа подписите на Застрахователя и Застрахованото лице.

7. **Застрахователна премия** е сумата, платима на Застрахователя в замяна на неговите задължения по Общите условия и Договора.

8. **Застрахователно плащане** е сумата, платима от Застрахователя на Бенефициента/тите съгласно условията на Договора, ако настъпи покрит риск със Застрахованото лице по време на срока на неговото/нейното индивидуално застрахователно покритие.

9. **Срок на застрахователния Договор** е периодът между влизането му в сила и неговото прекратяване.

10. **Срок на индивидуалното застрахователно покритие** е периодът от време, през който ако постъпи покрит риск с конкретно Застраховано лице, Застрахователят е длъжен в съответствие Общите условия и Договора да плати застрахователното плащане.

11. **Застрахователна година** е периодът от 12 последователни месеца от началото на индивидуалното застрахователно покритие, посочено в Сертификата за застраховане или от всяка следваща годишнина на Договора.

12. **Злополука със Застрахования** е всяко телесно нараняване, което е случайно, внезапно и с външен за Застрахованото произход, чието настъпване в срока на индивидуалното застрахователно покритие не би могло да бъде предвидено от Застрахованото лице.

13. **Забеляване на Застрахования** е всяко патологично състояние или състояние на абнормално функциониране на телесни органи, различно от злополука, което е диагностицирано в лицензирано лечебно заведение с официален медицински документ и настъпило със Застрахования в срока на неговото/нейното индивидуално застрахователно покритие.

14. **Смърт в резултат на злополука** е смърт настъпила единствено като резултат от злополука.

15. **Пълна и Необратима Загуба на Автономно (ПНЗА)** се счита за настъпила със Застрахованото лице, когато той/тя е принуден да ратifica на помощта на трето лице за да може да извършва обичайни ежедневни дейности и е постоянно и напълно неспособен/на да упражнява каквато и да е професия, както и каквато и да е работа срещу заплащане в резултат на заболяване или злополука, настъпила с него/ нея след приемането за застраховане по Общите условия и Договора.

16. **Агрегатна сума** сумата на регулярните премии за всички спестовни застраховки по групов спестовна застраховка Живот на застрахованото лице.

Член 2 Предмет на застрахователния Договор

С настоящите Общи условия и Договора между Притежателя на полицата и Застрахователя, Застрахователят осигурява покритие върху живота, здравето и телесната цялост на Застраховани лица, отговарящи на условията на чл.7 от този Раздел.

Всяко Застраховано лице е длъжно да плаща Застрахователна премия във вид, срокове и начин, договорени в Общите условия, Договора и Застрахователния Сертификат.

В замяна, Застрахователят е длъжен да изплати всяка основателна претенция, която е резултат от покрит риск, настъпил със Застрахованото лице през срока на неговото/нейното индивидуално застрахователно покритие.

Член 3 Срок на застрахователния Договор

Договорът влиза в сила от 05/02/2013 година и е безсрочен.

Член 4 Прекратяване на груповия застрахователен Договор

4.1 При прекратяване на груповия Договор от Притежателя на полицата или от Застрахователя, застрахователното покритие за застрахованите до датата на прекратяването лица остава в сила съгласно Общите условия и Договора. От датата на прекратяване на Договора, нови лица няма да бъдат приемани за застраховане по Общите условия и Договора.

4.2 Договорът може да бъде прекратен в следните случаи:

- по взаимно съгласие между двете страни по Договора
- с писмено предизвестие (поне 3 месеца преди прекратяването)

Член 5 Вид на застрахователния Договор

5.1 Договорът подписан между Притежателя на полицата и Застрахователя е групов застрахователен Договор.

5.2 Правата и задълженията на Застрахованото лице, присъединено към Груповия застрахователен Договор могат да бъдат променени с писмени добавъци към настоящите Общите условия и Договора, договорени между Застрахователя и Притежателя на полицата.

Застрахованото лице ще бъде информирано/уведомено преди влизането в сила на промяната. Промяната има сила за Застрахованото лице, ако са спазени разпоредбите и изискванията на Кодекса за Застраховането.

5.3 Всеки титуляр на банкова сметка в Притежателя на полицата, който желае да бъде застрахован съгласно условията на настоящия Договор подписва и подава Заявление за застраховане до Застрахователя, давайки своето съгласие да бъде застрахован съгласно клаузите и условията на настоящите Общите условия и Договора.

Всички заявления за застраховане на приети за застраховане от Застрахователя лица се прилагат към Договора.

Член 6 Бенефициент (Ползващо се лице)

6.1 При полъване и подписване на Заявлението за застраховане, Застрахованото лице има право да определи едно или повече ползвачи се лица.

Застрахованият има право да променя Бенефициента/тите по време на срока на индивидуалното застрахователно покритие или да определи нови ползвачи се лица чрез полъване на Заявление за извършване на промени. Бенефициентите са отменими. Промяната влиза в сила след подписване на Анекс между Застрахованото лице и Застрахователя.

6.2 Когато за бенефициенти са посочени „децата на Застрахованото лице“, ползвачи 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.

6.3 Бенефициентите могат да бъдат повече от едно лице и в такъв случай процентът от застрахователната сума, която всеки Бенефициент ще получи, трябва да бъде избран от застрахованото лице и посочен в застрахователния сертификат или в последващо Заявление за извършване на промени в ползвачите се лица, ако не - застрахователната сума ще бъде разделена по равно между ползвачите се лица.

6.4 Не е необходимо Бенефициента/тите да бъдат посочени по име; достатъчно е необходимите данни за тяхното идентифициране да бъдат ясно посочени в Заявлението за застраховане и Застрахователния Сертификат.

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)

Застраховани лица са тези физически лица, клиенти на Притежателя на полицата, които:

- са титуляри на банкова сметка при Притежателя на полицата;
- са на възраст от 18 навършени години до 60 навършени години в началото на тяхното индивидуално застрахователно покритие;
- са били приети за застраховане от Застрахователя;
- са подписали Заявление за застраховане и са дали тяхното съгласие да бъдат застраховани.

Член 8 Приемане за застраховане

8.1 Всеки титуляр на банкова сметка при Притежателя на полицата може да бъде приет за застраховане, ако той/тя:

- е предоставил всички необходими, в зависимост от агрегатната му сума документи по чл.8.3 по този Раздел и е приет за застраховане от Застрахователя при условията на стандартно застрахователно покритие;
- е предоставил всички необходими, в зависимост от агрегатната му сума, документи по чл.8.3 по този Раздел и е приет за застраховане от Застрахователя при условията на редуцирано застрахователно покритие, при което рисковете смърт и ПНЗА се покриват само ако са настъпили в резултат на злополука и кандидатът за застраховане писмено е приел това редуцирано застрахователно покритие.

8.2 Агрегатна сума е общата сума от всички регулярни застрахователни премии, посочени в Заявлението за застраховане, които Застрахованият трябва да плати до изтичане на определения в заявлението срок на неговото/нейното индивидуално застрахователно покритие, плюс всички други агрегатни суми от регулярни застрахователни премии по други спестовни застраховки „Живот“, сключени със Застрахователя.

Тази сума се изчислява на датата на кандидатстване за застраховане от Застрахованото лице за присъединяване към Общите условия и Договора и се използва в процеса на приемане за застраховане.

8.3 Медицинските изисквания за приемане за застраховане зависят от агрегатната сума на всички регулярни премии за Застраховано лице (както са определени в застрахователния сертификат) за всички спестовни застраховки по групов спестовна застраховка Живот на застрахованото лице.

Медицинските изисквания са както следва:

- за агрегатна сума до 50 000 лева – здрава декларация
- за агрегатна сума между 50 001 лева и 100 000 лева – медицински въпросник

• за агрегатна сума между 100 001 и 250 000 лева - медицински въпросник, медицински доклад, пълна кръвна картина, включително биохимични изследвания, анализ на урина, ЕКГ, специфични антитела на простатата за мъже над 55 години. Индивидуални изисквания за индивидуално приемане за застраховане се прилагат за Застраховани лица, чиято агрегатна сума е над 250 000 лева.

8.4 Застрахователят има правото да:

- изисква допълнителни доказателства, изследвания или тестове, които ако са от медицинско естество трябва да бъдат изпратени на доверения лекар на Застрахователя в запечатан плик;
- да редуцира обхвата на застрахователното покритие като в тези случаи съгласно чл. 8.1, предложение второ по този Раздел. Редуцираното покритие трябва да бъде посочено в Застрахователния Сертификат и да бъде прието от Застрахования или
- да откаже застрахователно покритие като писмено уведоми за това кандидата за застраховане.

8.5 Застрахователят има право да изисква допълнителна информация или медицински документи, ако Застрахованият е посочил в здравната декларация или медицинския въпросник допълнителна информация, касаеща неговото здравословно състояние.

8.6 Решението на Застрахователя за приемане за застраховане може да бъде едно от следните:

- кандидатът за застраховане е приет за застраховане при стандартни условия, което се потвърждава в съответния Застрахователен Сертификат, издаден от Застрахователя.
- кандидатът за застраховане е приет за застраховане при условията на редуцирано покритие (само за рисковете смърт вследствие на злополука и ПНЗА в резултат на злополука), което се потвърждава в съответния Застрахователен Сертификат, издаден от Застрахователя.
- Застрахователят изисква допълнителна медицинска информация, медицински изследвания, тестове.
- Застрахователят отказва да приеме кандидата за застраховане за застраховане.

8.7 Застрахователят е длъжен да съобщи своето решение не по-късно от пет (5) работни дни от получаване на Заявлението за застраховане или допълнителната информация, която е поискал.

8.8 Притежателят на полицата е отговорен за присъединяване на нови Застраховани лица към Груповия Договор съгласно всички действащи инструкции, правила за приемане за застраховане (агрегатна сума, възрастови ограничения и др.) на Застрахователя.

Всички заявления за застраховане трябва да бъдат изпращани на Застрахователя за преценяване на риска в двудневен срок от тяхното получаване.

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 обстоятелства се считат всички обстоятелства, за които Застрахователят е издал писмен въпрос.

9.3 Ако Застрахованият съзнателно не е обявил или е премълчал съществено обстоятелство, за което, ако Застрахователят бе 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 обстоятелство, за което ако Застрахователят е знаел, би приел за застраховане Застрахования, но при условията на редуцирано покритие, то Застрахователят има право да предложи изменение на индивидуалното застрахователно покритие на Застрахования в срок до 1 месец от узнаването на обстоятелството.

Ако Застрахованият не приеме изменението в срок до 2 седмици от получаването на предложението за промяна, то Застрахователят има право да прекрати едностранно застрахователното покритие.

В този случай Застрахователят е задължен да изплати откупната стойност по Общите условия и Договора на датата на прекратяване на 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 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 Срокът на индивидуалното застрахователно покритие не може да е по-кратък от 5 и по-дълъг от 25 години. Срокът на индивидуалното застрахователно покритие за всяко Застраховано лице:

- започва на датата, посочена в Застрахователния Сертификат, която винаги е първо число на месеца и при условие, че Застрахованият е приет за застраховане като са изпълнени условията на чл.8.1 предложения първо и второ от настоящия Раздел и е платена първата застрахователна премия.

• изтича на датата, на която изтича срокът на застрахователното покритие, посочен в Застрахователния Сертификат.

10.2 Индивидуалното застрахователно покритие за всяко Застраховано лице се прекратява предсрочно:

- на датата на пълното откупуване;
- на датата, на която Застрахователят получи писмено възражение от Застрахованото лице срещу застраховането му;
- в други случаи, предвидени в закона.

10.3 Покритите рискове Смърт и ПНЗА се прекратяват на датата, на която Застрахованото лице навърши 65 години.

Член 11 Право на едностранно прекратяване от страна на Застрахованото лице

11.1 Застрахованото лице има право да прекрати индивидуалното застрахователно покритие в срок от 30 дни след неговото начало чрез подаване до Застрахователя на Заявление за прекратяване.

11.2 Ако не е настъпило застрахователно събитие, Застрахователят е длъжен да прекрати покритието и да върне всички платени застрахователни премии в пълен размер.

Член 12 Покрити рискове

12.1 В зависимост от това дали Застрахованото лице е в добро здравословно състояние, настоящият Договор може да осигури застрахователно покритие за

следните рискове, настъпили със Застрахования в срока на неговото/нейното индивидуално застрахователно покритие:

12.1.1 Стандартно покритие:

- Доживяване (Основен риск)
- Смърт (Основен риск)
- ПНЗА (Допълнителен риск)

12.1.2 Редуцирано покритие:

- Доживяване (Основен риск)
- Смърт в резултат на злополука (Основен риск)
- ПНЗА в резултат на злополука (Допълнителен риск)

12.2 Конкретното застрахователно покритие и покритите рискове за конкретното Застраховано лице се специфицират в застрахователния Сертификат.

Член 13 Териториален обхват на покритието

Покритието е валидно на територията на целия свят. В случаите на ПНЗА, определянето на състоянието на Застрахованото лице, предшествашо извършването на застрахователно плащане, трябва да бъде направено от лекар, специално оторизиран от Застрахователя за тази цел, което може да бъде гарантирано от Застрахователя само на територията на Република България или друга страна – член на Европейския Съюз.

Член 14 Лимит на отговорност на Застрахователя

14.1 Застрахователят не носи отговорност за покрити рискове съгласно раздел 2 и 3 (Смърт и ПНЗА както и Смърт в резултат на злополука и ПНЗА в резултат на злополука) от настоящия Раздел на застрахователния Договор, ако те са настъпили извън срока на индивидуалното застрахователно покритие;

14.2 Застрахователят не е отговорен съгласно условията на настоящия Договор, ако Застрахованият не е обявил или съзнателно е премълчал обстоятелство от съществено значение за риска и това обстоятелство е оказало въздействие за настъпването на покрития риск;

14.3 Застрахователят не е отговорен съгласно условията на настоящия Договор, ако рискът настъпи вследствие на умислени действия от страна на Застрахования или на Бенефицианта/тите;

14.4 Застрахователят има право да не извърши застрахователно плащане, ако установи, че са му предоставени подправени или неверни документи или информация.

Член 15 Валута

15.1 Застрахователната премия може да бъде уговорена и плащана в лева или евро.

15.2 Всички застрахователни плащания, дължими от Застрахователя ще бъдат платени в същата валута, в която са уговорени и плащани застрахователните премии.

15.3 Видът на валутата се конкретизира в Сертификата за застраховане.

15.4 Ако индивидуалното застрахователно покритие е сключено в евро, агрегатната сума, определена в чл.8.3 от настоящите Общи условия и използвана в процеса на приемане за застраховане ще бъде калкулирана в евро по официалния обменен курс на БНБ на датата на подписане на заявлението за застраховане.

Член 16 Плащане на Застрахователната премия

16.1 Първоначалната застрахователна премия е застрахователната премия, която се заплаща от Застрахованото лице до началото на индивидуалното застрахователно покритие, както е посочено в Сертификата за застраховане.

16.2 Регулярна застрахователна премия е вноската, която Застрахованото лице трябва да плаща месечно, за да поддържа индивидуалното застрахователно покритие в сила. Регулярната застрахователна премия се определя в Застрахователния Сертификат.

16.3 Застрахователната премия се плаща от Застрахованото лице ежемесечно. Всяка месечна регулярна застрахователна премия трябва да бъде платена преди или на датата на нейния падеж, но не по-късно от 1-во число на всеки месец.

16.4 Застрахователната премия е платима чрез подписване на Платежно нареждане за периодични плащания в полза на Застрахователя от банковата сметка на Застрахованото лице за сумата на неговата/нейната месечна регулярна застрахователна премия.

Платежните нареждания трябва да бъдат свързани с продължителността на договора. Ако първоначалната застрахователна премия е различна от регулярните застрахователни премии, Застрахованото лице трябва да подпише две нареждания (Платежно нареждане за регулярните застрахователни премии и Платежно нареждане за първоначалната застрахователна премия).

16.5 Размерът на застрахователната премия (първоначална и регулярна) се определя от Застрахованото лице в заявлението за застраховане. Размерът на вноската за Обезпечителния фонд е включен в застрахователните премии. Минималният размер на първоначалната застрахователна премия, както и минималният размер на всяка регулярна месечна застрахователна премия е 30 лева или 15 евро.

16.6 Всички възникнали след сключването на застрахователния Договор данъци, такси и вноски, които съгласно българското законодателство трябва да се платят от Застрахованото лице, ще бъдат добавени към застрахователната премия и плащани от Застрахованото лице.

16.7 Съгласно действащото българско законодателство, Застрахованото лице заплаща на Застрахователя годишна вношка за обезпечителния фонд в размер определен съгласно Кодекса за Застраховането.

Вноската в обезпечителния фонд се заплаща от застрахованото лице веднъж годишно на всяка годишнина от началото на срока на индивидуалното застрахователно покритие и е включена в застрахователната премия. Тя се превежда от Притежателя на полицата на Застрахователя заедно с превеждането на премията.

Всички нови данъци или такси ще бъдат добавени към застрахователната премия и ще бъдат дължими от застрахованите лица в съответствие с действащата нормативна уредба.

16.8 Застрахованото лице плаща застрахователната премия (първоначална и регулярна) в размера, който е уговорен.

Частично плащане на Застрахователната премия няма да бъде считано за валидно плащане на Застрахователната премия.

Член 17 Промяна на Застрахователната премия

17.1 Застрахованото лице има право да поиска промяна на размера на регулярната застрахователната премия през срока на неговото/нейното индивидуално застрахователно покритие чрез изпращане на писмено искане до Застрахователя поне един месец преди края на всяка застрахователна година.

17.2 Горепосочената промяна е възможна само от началото на всяка застрахователна година и при условие, че всички застрахователни премии са били платени по начина и в размера, посочен в застрахователния Сертификат.

17.3 Променената регулярна застрахователна премия не може да бъде извън минималните и максимални лимити, посочени в Общите условия и Договора.

17.4 Увеличение на регулярната застрахователна премия без медицински изследвания може да бъде направено само до лимита без медицински изследвания.

Застрахованото лице трябва да спазва всички медицински изисквания за увеличената сума, приложими съгласно условията на член 8.3 от Общите условия.

17.5 В случай на промяна на размера на регулярната премия, Застрахователят трябва да издаде добавък с новите откупни стойности и Застрахователно плащане в случай на преживяване, смърт и ПНЗА.

Член 18 Последствия от неплащане на Застрахователната премия

18.1 В случай че Застрахованото лице не плати пет (5) регулярни застрахователни премии на техните падежи по време на срока на неговото/нейното индивидуално застрахователно покритие, Застрахователят ще му изпрати писмена покана за плащане на всички дължими застрахователни премии в срок от един месец, както и разяснение на последствията от неплащане на дължимите премии.

18.2 За дата на получаване на писмената покана за плащане се счита датата на получаване, отбелязана на обратната разписка.

Това правило не се прилага в случаите, когато Застрахованото лице не е уведомило Застрахователя за промяна в адреса си. В този случай се прилага чл.1.5 от Раздел 4 на настоящите Общите условия.

18.3 В случай, че Застрахованото лице не плати Застрахователните премии в едномесечен срок от получаване на поканата, застрахователното покритие по раздел 3 на настоящите Общите условия се прекратява.

След този период Договорът ще бъде в сила само за покритието съгласно раздел 2 от настоящите Общите условия.

Член 19 Права за откуп и откупна стойност

19.1 Откупната стойност е сумата, която Застрахователят в съответствие с чл.452 от Кодекса за застраховането ще плати на Застрахованото лице или Бенефициента, в случай, че Застрахованото лице заяви желание за откуп.

19.2 Откупните стойности за всяка година от срока на индивидуалното застрахователно покритие се посочват в застрахователния Сертификат.

19.3 Застрахованото лице има право на откуп по всяко време през срока на неговото/нейното индивидуално застрахователно покритие, ако всички застрахователни премии до откупа са плащани в сроковете и в размерите, определени в застрахователния Сертификат.

За да откупи своята застраховка, Застрахованото лице трябва да подаде писмено искане по образец на Застрахователя.

19.4 Застрахователят е длъжен да плати откупната стойност в срок от 15 работни дни след получаване на искането за откуп.

19.5 Плащането на откупната стойност прекратява индивидуалното застрахователно покритие.

19.6 Преди изплащане на откупната стойност, Застрахователят събира информация от застрахованото лице относно използвани във връзка със спестовната застраховка данъчни облекчения и прилага съответните разпоредби на Закона за данъците върху доходите на физическите лица

Член 20 Участие в печалбата

Застрахователят заделя математически резерв във валутата, избрана от Застрахованото лице, като резерв по всяко индивидуално застрахователно покритие, който е базиран на част от Застрахователните премии, платени от Застрахованото лице. Застрахователят поддържа информация за всяко отделно индивидуално застрахователно покритие и използва математическия резерв като основа за изчисляване на нетния инвестиционен доход, получен от инвестирането на резерва.

20.2 Всяка година, Застрахованото лице участва в разпределянето на финансовия и технически излишек във валутата, избрана от него/нея. В края на всяка финансова година, Застрахователят изчислява частта от нетния инвестиционен доход, получен от инвестиране на заделения математически резерв за всички Застраховани лица, чийто индивидуално застрахователно покритие е в сила.

20.3 През годината на падежа на съответния застрахователен договор, Застрахователят заплаща на застрахованото лице Участие в печалбата съгласно процент предварително определен в началото на съответната година, в размер изчислен пропорционално на броя месеци, през които застраховката е била в сила

20.4 Всяка година, участието в печалбата се изчислява от Застрахователя като 90% от позитивната разлика между:

и сумата от инвестиционните разходи и годишната такса за управление.

20.5 Разпределената част от участието в печалбата към всяко индивидуално застрахователно покритие ще увеличи математическия резерв на всяко Застраховано лице в края на съответната финансова година.

Член 21 Ежегодна информация

Застрахователят ежегодно в периода на цялото индивидуално застрахователно покритие изпраща на всяко Застраховано лице годишна информация, с която го информира за сумата на участието в печалбата, както и за евентуални промени в откупните стойности и в размера на застрахователното плащане.

Раздел 2

Застрахователно покритие в случай на Доживяване

Член 1 Застрахователно плащане в случай на доживяване

1.1 При доживяване на определената в застрахователния Сертификат дата на изтичане на индивидуалното застрахователно покритие, Застрахователят ще изплати на Бенефициента/тите сумата от всички платени от Застрахованото лице застрахователни премии минус платени такси плюс евентуално участие в печалбата, платимо съгласно условията на настоящите Общите условия и Договора и Застрахователния Сертификат.

1.2 Застрахователно плащане се извършва само ако Застрахованото лице е живо на датата на изтичане на индивидуалното застрахователно покритие, определена в Сертификата за застраховане.

Член 2 Предявяване на претенция в случай на доживяване

2.1 В случай на доживяване от Застрахования на датата на изтичане на срока на индивидуалното застрахователно покритие, Застрахованото лице трябва да уведоми Застрахователя и да представи необходимите съгласно чл. 106 от Кодекса за застраховането документи, необходими за определяне на размера и основателността на претенцията:

- декларация за предявяване на претенция във форма на Застрахователя включително пълни и точни данни за банковата сметка, по която да бъдат извършени плащанията от страна на Застрахователя;
- оригинални застрахователен Сертификат плюс евентуални добавъци;

• документи, които Застрахователят може да счита за необходими, за идентифициране на Бенефициента/тите.

2.2 Заедно с посочените документи, Бенефициентът/тите трябва да представят допълнително доказателство, че имат право да претендират за изплащане на застрахователното плащане (напр. акт за раждане), ако не са посочени поименно в застрахователния Сертификат.

2.3 Всяко непредоставяне на информация или умишлено невярно деклариране от страна на Застрахованото лице или представянето на неверни или подправени документи, ще доведе до отказ за извършване на застрахователното плащане по претенцията.

2.4 Датата на предявяване на претенцията е датата, на която Застрахователят е бил уведомен за застрахователната претенция.

2.5 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 и да изплати застрахователната сума;
- да откаже изплащане на претенцията на база на мотивирано решение.

2.6 Застрахователят ще изплати застрахователно плащане съгласно Общите условия и Договора само в случаите, когато приеме претенцията за основателна.

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

Раздел 3

Застрахователно Покритие в случай на смърт и ПНЗА

Член 1 Общи изключени рискове

Застрахователят не носи отговорност за смърт или ПНЗА, когато те са пряка или косвена последица или резултат от:

- Предварително съществуващи заболявания или болестни състояния настъпили преди началото на индивидуалното застрахователно покритие, както и техните директни или косвени последствия, които не са деклариран на Застрахователя;

- Предварително съществуващи заболявания или болестни състояния, настъпили преди началото на индивидуалното застрахователно покритие, както и техните директни или косвени последствия могат да бъдат покрити само в случаите, в които Застрахователят е уведомен за тях и е извършена процедура по индивидуално приемане за застраховане. Предварително съществуващи заболявания или болестни състояния, настъпили преди началото на индивидуалното застрахователно покритие, както и техните директни или косвени последствия, които са деклариран се покриват, освен ако тяхното изключване е съобщено от Застрахователя или е посочено в застрахователния сертификат;

- Всяка злополука или последствията от злополука, настъпили преди началото на срока на индивидуалното застрахователно покритие;

- Обстоятелства, които не са деклариран на Застрахователя съгласно чл.9 от настоящите Общи Условия;

- Отказ на Застрахования да следва лекарски съвети, както и отказ да следва/изпълни лекарски предписания за 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 незаконнообразен акт, участие в незаконнообразна 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;

- Самопричинено нараняване;

- Синдром на придобита имунна недостатъчност (СПИН) или каквото и да е заболяване, свързано със СПИН или вируса на ХИВ, освен ако не е в резултат на медицинска грешка или професионална дейност;

- 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 вълнения, 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: 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 летене, скално катерене, планинарство, скокове с парашут и скайдайвинг, небесна акробатика, безмоторно летене, ултрапайл или микроялп летене, парапланеризъм, скокове с бънджи, управление на балони, парасейлинг,

спортове, изискващи пълен контакт; каньонинг, 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, психиатрични, умствени или нервни разстройства;
- Йонизираща радиация, произведена по внезапно и непредвидим начин от ядрено гориво или от радиоактивни продукти или отпадъци, произхождащи от атомни реактори и този източник на емисии (подвижен или фиксиран) е замърсил околната среда в радиус до 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;
- Пластична хирургия, освен хирургия в резултат на заболяване или злополука, покрити от тази застраховка;
- 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;
- Епидемия или пандемия, както и техните последици;
- Бременност, раждане, както и техните патологични последици, настъпили по време на законовия отпуск по майчинство;
- Всички заболявания на гръбначния стълб, заболявания на нервните окончания (шийни, гръдни, лумбарни и сакрални), както и техните последици и усложнения, лумбаго, болки в долната част на гърба, ишиас, невралгия; шийна и дорзална радикуллопатия, дискова протрузия освен ако някое от тези заболявания не изисква хоспитализация за непрекъснат период повече от 15 дни или хирургическа интервенция в периода на неработоспособността.

Член 2 Допълнителни изключени рискове при смърт вследствие на злополука и ПНЗА вследствие на злополука

2.1 В допълнение на изключените рискове по чл.1 от този Раздел, при смърт вследствие на злополука или ПНЗА вследствие на злополука, покрити съгласно Общите Условия и Договора, Застрахователят няма да носи отговорност, когато смъртта или ПНЗА са пряка или косвена последица от каквото и да е заболяване.

Член 3 Допълнителни изключени рискове при ПНЗА

3.1 При ПНЗА в резултат на заболяване или злополука, покрити съгласно Общите условия и Договора, в допълнение към изключените рискове, описани в чл.1 от този Раздел, не са покрити преките или косвени последици от:

- Злополука или заболяване, за които Застрахованият отказва да приеме обосновано и рационално медицинско лечение;
- Пластична хирургия, освен хирургия след болест или злополука, покрити от Общите условия и Договора;
- Самоунищожение или самопричинено увреждане, независимо дали в състояние на вменияемост или невменияемост;
- Неработоспособност, 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.

Член 4 Застрахователно плащане в случай на смърт

4.1 При смърт на Застрахованото лице, Застрахователят поема за своя сметка всички регулярни застрахователни премии, които Застрахованото лице би следвало да плати от датата на настъпване на смъртта до крайната дата на индивидуалното застрахователно покритие.

На датата на изтичане на срока на индивидуалното застрахователно покритие, Застрахователят ще плати на Бенефицианта/тите сумата на платените от Застрахования застрахователни премии плюс сумата на платените за сметка на Застрахователя застрахователни премии от датата на настъпване на риска Смърт до крайната дата на индивидуалното застрахователно покритие, намалени с платените такси, увеличена с евентуални участия в печалбата.

4.2 При покритие смърт вследствие на злополука, смъртта трябва да е била причинена от злополука, в резултат на нараняване от внезапно въздействие с външен характер, настъпило не по волята на Застрахования. Смъртта следва да е настъпила в срок до 12 месеца от злополуката и да е в причинно-следствена връзка с нея.

4.3 При настъпване на риск, който не е покрит по този Раздел на Общите условия, Застрахователят ще изплати на Бенефицианта/тите откупната стойност към датата на настъпване на непокрития риск.

Член 5 Застрахователно плащане при ПНЗА

5.1 При ПНЗА на Застрахованото лице, Застрахователят поема за своя сметка всички регулярни застрахователни премии, които Застрахованото лице би следвало да плати от датата на настъпване на ПНЗА до крайната дата на индивидуалното застрахователно покритие.

На датата на изтичане на срока на индивидуалното застрахователно покритие Застрахователят ще плати на Бенефицианта/тите сумата на платените от Застрахования застрахователни премии плюс сумата на платените за сметка на Застрахователя застрахователни премии от датата на настъпване на риска ПНЗА до крайната дата на индивидуалното застрахователно покритие, намалени с платените такси, увеличена с евентуални участия в печалбата.

5.2 Застрахованият се счита за намиращ се в състояние на ПНЗА, 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 болест или злополука, настъпили след неговото/нейното застраховане и когато той/тя е принуден да разчита на трети лица, за да осъществява обичайни ежедневни дейности.

5.3 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

5.4 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.

5.5 При настъпване на риск, който не е покрит по този Раздел на Общите условия, Застрахователят ще изплати откупната стойност на Бенефицианта/тите към датата на настъпване на непокрития риск.

Член 6 Предявяване на претенция

6.1 В случай на настъпване на покрит риск със Застрахованото лице по този Раздел, Застрахованият, ползващото се лице или всяко друго лице, което има интерес от извършване на застрахователното плащане, трябва да уведоми Притежателя на полицата и Застрахователя и да представи необходимите съгласно чл. 106 от Кодекса за застраховането документи, необходими за определяне на основателността и размера на претенцията.

6.1.1 В случай на смърт се представят:

- декларация за предявяване на претенция във форма на Застрахователя включително пълни и точни данни за банковата сметка, по която да бъдат извършени плащанията от страна на застрахователя;
- оригинални застрахователен Сертификат плюс анекси;
- препис-извлечение от смъртния акт;
- съобщението за смърт, попълнено от лекаря, удостоверява смъртта, посочващ причината за смъртта, което съобщение се изпраща на доверения лекар на Застрахователя в запечатан плик;
- при смърт вследствие на злополука - доказателство за злополуката, която е причина за смъртта;
- други документи, които Застрахователят счита за необходими, като история на заболяването, 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 Застраховането.

6.1.2 В случай на ПНЗА

Задължението за доказване на състоянието на ПНЗА е на Застрахованото лице. То е длъжно да декларира пред Застрахователя настъпването на ПНЗА в срок до четири месеца от настъпването. Застрахованото лице е задължено да предостави на Застрахователя:

- декларация за предявяване на претенция във форма на Застрахователя;
- оригинални застрахователен Сертификат, както и всички анекси към него;
- 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;
- при покрити риск ПНЗА в резултат на злополука, доказателство, че причината за ПНЗА е злополука;
- други документи в съответствие с член 106 от Кодекса за Застраховането.

6.2 Всяко задържане на информация или умишлено невярно деклариране от страна на Застрахования, ползващо се лице или друго лице, което има признат от правото интерес за извършване от Застрахователя на застрахователното плащане, както и представянето на неверни или фалшиви документи с цел да покажат дата, обстоятелство или последици от настъпването на покрития риск, ще доведе до отказ за покриване на каквото и да е риск по Общите условия и Договора във връзка с тази претенция.

6.3 Датата на предявяване на претенцията е датата, на която Застрахователят е бил уведомен. Ако Застрахованият уведоми Застрахователя след изтичането на срока от четири месеца, то Застрахователят, с оглед на последиците, причинени от невъзможността за удостоверяване на степента на неработоспособност, има право да определи за дата на настъпване на неработоспособността, датата на която е получил уведомлението от Застрахования за претенцията му.

6.4 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 и да изплати застрахователната сума;
- да откаже изплащане на претенцията на база на мотивирано решение;

6.5 Застрахователят ще изплати застрахователно плащане съгласно Общите условия и Договора само в случаите, когато приеме претенцията за основателна.

6.6 Преди изплащане на застрахователната сума при Преживяване, Застрахователят събира информация от застрахованото лице относно използвани във връзка със спестовната застраховка данъчни облекчения и прилага съответните разпоредби на Закона за данъците върху доходите на физическите лица.

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

Член 7 Експертно проучване и преглед

7.1 Преглед

Всеки лекар, който е оторизиран от Застрахователя, 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 неговия/нейното здравословно състояние. При отказ от подобен достъп, проверка или преглед Застрахователят може да откаже извършването на застрахователно плащане.

7.2 Медицински арбитраж

Всички решения на Застрахователя, взети на базата на заключенията на назначения от него лекар, трябва да бъдат съобщени на Застрахования чрез писмо с обратна разписка и те са обвързващи за Застрахования, 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 писмо с обратна разписка.

При спор между Застрахователя и Застрахования (или ползващото се лице, в случай на смърт), могат да бъдат използвани извънсъдебни и съдебни средства за разрешаването му, като при избран извънсъдебен способ за решаване на спора се дава възможност на правоспособни медицински експерти да действат

като арбитър между двете страни по спора. Стъпките за медицинския арбитраж са описани по-долу:

- Всяка страна има възможност да назначи по един експерт, който да действа от нейно име.
 - Ако лицето, подало жалбата, обжалва писмено мнението на експерта на Застрахователя то той/тя има право да избере и назначи друг експерт за негова/нейна сметка. Писменото становище на този експерт трябва да бъде изпратено на Застрахователя.
 - Ако и между експертите на двете страни по спора не се постигне съгласие, може да бъде назначен трети експерт за сметка на двете страни като разходите се разделят поравно. Двамата преди това назначени експерти трябва да стигнат до общо съгласие за избора на трети експерт и на база на решението на този третия експерт да постигнат съгласие с цел да регулират жалбата.
- Разходите и таксите за назначаване на първите двама експерти са за сметка на страната, назначила експерта. Разходите, извършени за назначаване на третия експерт се поделят между двете страни по равно.

Раздел 4 Уведомления, Защита на личните данни и нормативна основа

Член 1 Уведомления. Адреси

1.1 Застрахованият е длъжен да информира писмено Застрахователя за всяка промяна на неговия/нейния адрес. Ако Застрахованият се пресели извън територията на Република България, той/тя трябва да уведоми Притежателя на полицата и Застрахователя за неин/негов адрес за кореспонденция на територията на България.

1.2 Всички уведомления, които трябва да бъдат изпратени до Застрахования, ще бъдат изпратени на последния известен на Застрахователя негов/неин адрес.

1.3 Всички известия до Застрахователя трябва да бъдат изпращани на адреса на управление. Ако Застрахователят промени адреса си, то той трябва да уведоми всички Застраховани за промяната чрез публикация в пресата.

1.4 За дата на уведомяване се счита датата на получаване на уведомлението. Това условие не се прилага, когато Застрахованият не е уведомил писмено Застрахователя и Притежателя на полицата за промяната на неговия/нейния адрес. В тези случаи за дата на уведомлението се счита датата на изпращане на уведомлението от Застрахователя, респективно на Притежателя на полицата на последния му/им известен адрес на Застрахования.

1.5 Застрахованият 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 извление 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 2 Защита на личните данни

2.1. 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).

2.2. 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 управление 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 такава заявка.
- По друг начин, ако такъв е предвиден в секцията за лични данни на уеб сайта на Застрахователя или в приложимата нормативна уредба.

2.3. 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 осигурената 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:
 - Информираност (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 негови 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 законосъобразността на 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.

2.4. Информацията по-горе се предоставя безплатно. Когато исканията на субект на данни са явно неоснователни или прекомерни, по-специално поради своята повторяемост, 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.

2.5. Лица чито 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 управление 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 негови лични данни и др.), Застрахователят може да поиска предоставянето на допълнителна информация, необходима за потвърждаване на самоличността на субекта на данните.

2.6. 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 3 Давностен срок

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

Член 4 Информация за застрахователния агент

„Експресбанк“ АД е Застрахователен агент на „Групам Животозастраховане Експрес“ ЕАД съгласно Договор за застрахователно агентство №1.

„Експресбанк“ АД, със седалище и адрес на управление гр. Варна, бул. «Владислав Варненчик» 92, е вписано в Търговския регистър с ЕИК 813071350 (www.brga.bg), както и в Комисия за Финансов Надзор (www.fscg.bg) като застрахователен агент на „Групам Животозастраховане Експрес“ ЕАД.

Застрахователният агент не притежава повече от 10 на сто от гласовете в Общото събрание и капитала на „Групам Животозастраховане Експрес“ ЕАД. Groupama Assurances Mutuelles, което е предприятие майка на Застрахователя по смисъла на чл.325, (1), т.4 във вр. с §1.19 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 „Групам Животозастраховане Експрес“ ЕАД за покритията по рискове Живот.

За извършваната дейност по застрахователно посредничество Застрахователният агент получава възнаграждение (фиксиран комисион), включено в застрахователната премия.

Застрахователният агент събира от името и за сметка на Застрахователя заявленията за застраховане, както и дължимата премия по реда, посочен в Общите условия.

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.

Член 5 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.29 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 сложни казуси, 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 потребителят, спорът може да се отнесе до по-горна инстанция и висшето ръководство на „Експресбанк“ АД, както и пред компетентните органи, като например Комисия за финансов надзор, Комисията за защита на личните данни, Българска Народна банка, Комисията за защита на потребителите, или до органи, посочени в Глава Девета от Закона за защита на потребителите.

Член 6 Информация за застрахователя

Доклада за платежоспособността и финансовото състояние „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 7 Жалби срещу Застрахователя

Всички жалби относно застрахователни претенции към „Групама Животозастраховане Експрес“ ЕАД трябва да бъдат подадени на адреса на управление на Застрахователя: 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. Срокът за изпращане на писмения отговор е не по-късно от 7 дни от получаването на жалбата.

Правила за уреждане на застрахователни претенции и жалби 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 или до органи, посочени в Глава Девета от Закона за защита на потребителите, Комисия за защита на личните данни и Комисия за финансов надзор.

Член 8 Обща информация за данъчния режим, приложим към застрахователния договор

В случай, че Притежателят на полицата е и ползващо се лице при доживяване, платените премии по застраховка „Живот“, в общ размер до 10% от сумата на годишните данъчни основи се приспадат от годишната данъчна основа на Притежателя на полицата. Данъчните облекчения се използват с подаване на годишна данъчна декларация, към която се прилага документ, издаден от Застрахователя и удостоверяващ размера на застрахователната премия, платен през предходната календарна година. При изтичане на срока на договора, когато този срок е по-кратък от 15 години, както и при упражняване право на откуп, изплатената сума/ откупна стойност се облага с окончателен данък в размер на 10%, а когато срокът на Договорът е бил 15 или повече години, окончателният данък е в размер на 7%. Окончателният данък се приспада от застрахователното плащане/ откупната стойност, след получаване на Декларация от страна на Застрахования за ползвания през срока на договора размер на данъчно облекчение. Не подлежат на облагане с окончателен данък застрахователни плащания, съответстващи на частта от премията, за които не е използвано посоченото по-горе данъчно облекчение.

Съгласно чл.13 ал.1 т.7 от ЗДДФЛ не подлежат на облагане доходите от инвестиции на техническите резерви, получени по застрахователни договори.

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

Застрахователната сума по застраховка „Живот“ не влиза в наследствената маса на Застрахования или трето ползващо се лице, дори когато за ползващи лица са определени наследниците му и не подлежи на облагане по реда на Закона за местните данъци и такси.

Настоящата информация е изготвена в съответствие с действащото към м.декември 2015г. данъчно законодателство. Данъчния режим, приложим към застрахователните плащания по Договора, ще бъде този, приложим в страната към датата на съответното застрахователно плащане.

Член 9 Компетентна юрисдикция

9.1 При възникването на спорове по настоящите Общи Условия и Договора, е приложимо българското право.

9.2 Споровете между страните се решават по взаимно съгласие– извънсъдебно чрез Медицински арбитраж по реда на Раздел 3, чл.7 по-горе, респективно, а ако няма постигнато споразумение – пред компетентния български съд.

Приложимо е българското право.

Член 10 Нормативна основа

Общите условия и Застрахователният Договор се регулират от българския Кодекс за застраховането.

Декларациите, направени от Притежателя на полицата и от Застрахованите лица, съставляват основа за Договора.

Настоящите Общи Условия по групова спестовна застраховка „Живот“ са одобрени от Съвета на Директорите на „Групама Животозастраховане Експрес“ ЕАД с решение от протокол за заседание на Съвета на Директорите от 02/10/2008, и са изменени с протокол от 04/02/2013, 12/09/2013, 03/12/2014, 16/12/2015, 29/01/2016 и 25/04/2018, изменени и допълнени на заседание на Съвета на директорите, проведено на 26.09.2018

