

Общи Условия по групова застраховка „Злополука“ на физически лица, титуляри на спестовна сметка 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.23), съдържат указания относно предоставянето и достъпа до информация по чл.13 и чл.14 от Общия регламент относно защита на личните данни

Общи разпоредби Член 1 Дефиниции

Дефинициите, използвани в настоящите Общи Условия имат следното значение:

- 1. Застрахователен договор (Полица) за застраховка „Злополука“ на физически лица, Титуляри на спестовна сметка** (наричан по-нататък „Договора“) - се състои от Групов застрахователен договор 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 се присъединява към Груповия Договор и става неразделна част от него. 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.
- 2. Страни по Договора**
Страни по застрахователен договор за групова застраховка „Злополука“ на физически лица, титуляри на спестовна сметка са Притежателят на полицата и Застрахователят.
Притежател на Полицата: „Експресбанк“ АД, със седалище и адрес на управление гр. Варна, бул. „Владислав Варненчик“ 92, вписано в Търговския регистър с ЕИК 813071350, както и в Комисия за Финансов Надзор (www.fsc.bg) като застрахователен агент на „Групама Животозастраховане Експрес“ ЕАД.
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 No 619-ЖЗ/ 04.05.2007г. вписано в публичния регистър на застрахователите при Комисия за финансов надзор.
Застраховано лице: Ако Титуляр на спестовна сметка при Притежателя на полицата изпълнява всички изисквания, за да стане Застраховано лице, описани в настоящите Общи Условия (чл.7), подал е Индивидуално заявление за застраховане, съгласил се е с условията в сертификата за застраховане и Общите условия, и е приет е за застраховане от Застрахователя, то той/тя придобива правата и задълженията на Застраховано лице по Договора и на страна по индивидуалното застрахователно правоотношение..
- 3. 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.
- 4. 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.
- 5. Застрахователна премия**
Застрахователната премия, наричана по-нататък „Премията“, е сумата, платима на Застрахователя в замяна на неговите задължения по настоящите Общи Условия и Договора.
- 6. 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 Общите Условия да плати на Бенефициента застрахователното плащане. Началната дата и края на индивидуалното застрахователно покритие са определени в Общите условия и приетото от Застрахователя Заявление за застраховане, валиден застрахователен сертификат.
- 7. Титуляр на спестовна сметка** е всяко физическо лице, което е открило спестовна сметка при Притежателя на полицата и е клиент на Притежателя на полицата.
- 8. Спестовни сметки** са договори за спестовни сметки или сметки Хоризонтално, сключени между Притежателя на Полицата да плати на Бенефициента застрахователното плащане.
- 9. Последна Спестовна сметка** е спестовната сметка на Застрахованото лице, чиято дата на изтичане е хронологично последна от всички дати на изтичане на всички спестовни сметки на Застрахованото лице.
- 10. Постъпления по спестовната сметка** е сборът от всички суми, получени по спестовната сметка през последните 12 месеца преди настъпването на покрит риск по застраховката.
- 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.
- 12. Смърт в резултат на злополука** е смърт на Застрахованото лице настъпила единствено като резултат от Злополука.
- 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..

- 14. Годишна отсрочка на индивидуалното застрахователно покритие** е датата, на която изтича всяка годишна отсрочка от началото на индивидуалното застрахователно покритие по съответната застраховка на Застрахования.
- 15. Застраховано лице (Застрахован)** е титуляра на спестовна банкова сметка отговарящ на условията по член 7 по-долу.
- 16. Ползващо лице (Бенефициент)** е лицето отговарящо на условията описани в член 6 по-долу.

Член 2 Предмет на договора за групова застраховка

- 2.1 С Договора между Притежателя на полицата и Застрахователя, Застрахователят се задължава да осигурява покритие върху живота, здравето и телесната цялост на Застрахованите лица, дефинирани в чл.7.
- 2.2 Всяко Застраховано лице е длъжно да плаща застрахователната Премия във вид, срокове и начин, договорени в настоящите Общи Условия и Договора. Попълвайки заявлението за застраховане, Титулярът на спестовна сметка дава съгласието си да бъде застрахован при условията на груповия Договор и да изпълнява задълженията на Застраховано лице по Застрахователния Договор.
- 2.3 Притежателят на полицата е задължен да събира застрахователните премии на всички Застраховани лица и да ги превежда на Застрахователя според процедурата и в сроковете, договорени в настоящите Общи Условия и Договора.
- 2.4 В замяна, Застрахователят е длъжен да изплати на Ползващото се лице 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 Груповия застрахователен договор

Договорът влиза в сила от датата, посочена в Спецификацията на Груповия застрахователен договор и е безсрочен (с неопределен срок).

Член 4 Прекратяване на договора за групова застраховка

- 4.1 При прекратяване на Груповия Договор от Притежателя на полицата или от Застрахователя, индивидуалното застрахователно покритие за застрахованите лица, което е влязло в сила до датата на прекратяване на Груповия договор, остава в сила съгласно уговореното в настоящите Общи Условия и Индивидуалното заявление за застраховане валиден застрахователен сертификат. Нови лица няма да бъдат приемани за застраховане от прекратяването на Груповия договор.
- 4.2 Груповият договор може да бъде прекратен в следните случаи:
 - по взаимно съгласие между Страните по Договора;
 - с писмено предизвестие (поне 3 месеца преди датата на прекратяването) с писмо с обратна разписка;
 - при неплащане на премията по Груповия застрахователен договор от страна на Притежателя на полицата - едностранно от Застрахователя, считано от изтичането на един месец от получаване на писменото уведомление от Притежателя на полицата с покана за плащане на премията и на последствията от неплащане, изпратено с писмо с обратна разписка;
 - в други случаи, предвидени в българската нормативна уредба и настоящите Общи Условия.

Член 5 Вид на договора за групова застраховка

- 5.1 Договорът, сключен между Притежателя на полицата и Застрахователя е договор за групова застраховка.
- 5.2 Всеки Титуляр на спестовна сметка, който отговаря на изискванията на чл.7 от настоящите Общи Условия да бъде застраховано лице и е застрахован съгласно настоящите Общи условия получава прието от Застрахователя Заявление за застраховане, валиден застрахователен сертификат.

Член 6 Бенефициент (Ползващо се лице)

- 6.1 При сключването на застрахователния договор (попълване и подписване на Заявлението за застраховане) Застрахованото лице може да определи един или повече бенефициенти (ползващи се лица). Застрахованото лице може да променя Бенефициента/ите през срока на индивидуалното застрахователно покритие като попълни формуляр за искане на промяна и подпостави анекс с промените.
- 6.2 Бенефициент(ите) може да се посочи по име (според информацията посочена в Застрахователния Сертификат или съответно в анекса с промените) или може да се посочи като се определят условията, на които трябва да отговарят.
- 6.3 За всички неуредени в този договор случаи се прилага чл. 444 от Кодекса за застраховането.

Член 7 Застраховани лица (Застрахован)

- 7.1 Застраховани лица са тези физически лица, титуляри на спестовни сметки при Притежателя на полицата, които:
 - са на възраст от 18 навършени години до 65 навършени години в началото на тяхното индивидуално застрахователно покритие и са не по-възрастни от 70 навършени години в края на тяхното индивидуално застрахователно покритие по същата застраховка;
 - са подписали Заявление за застраховане и са дали тяхното съгласие да бъдат застраховани;
 - са били приети за застраховане от Застрахователя.
- 7.2 Ако един титуляр има повече от една спестовна сметка, той/тя е застрахован с една застраховка, ако са изпълнени условията по-горе.
- 7.3 Двама Притежатели на една спестовна сметка не могат да бъдат застраховани по едно и също застрахователно правоотношение (застраховка) свързано със спестовната сметка. В такъв случай, Застрахованото лице е определеното като такова в Застрахователния Сертификат.

Член 8 Приемане за застраховане

- 8.1 Всеки Титуляр на спестовна сметка, който отговаря на изискванията на чл.7 първа и втора подточки от настоящите Общи Условия, може да бъде приет за застраховане,

ако той/тя подаде Заявление за застраховане до Застрахователя за присъединяване към Груповия застрахователен договор, давайки своето съгласие да бъде застрахован съгласно настоящите Общи условия и уговорките в Заявлението за застраховане валиден застрахователен сертификат;

- 8.2 Заявлението за застраховане, включително съгласието на притежателя на спестовната сметка да бъде застрахован трябва да бъде извършено в писмена форма и подписано.
- 8.3 Притежателят на полицата е отговорен за присъединяване на нови застраховани лица към Договора съгласно всички действащи инструкции, правила за приемане за застраховане (възрастови ограничения и др.) на Застрахователя. Горепосочените инструкции и правила се изготвят от Застрахователя и се съгласуват с Притежателя на полицата с цел тяхното спазване от двете страни.
- 8.4 Притежателят на полицата е оправомощен да подпише от името на Застрахователя заявленията за застраховане, които са валидни застрахователни сертификати, с които Застрахователят удостоверява приемането за застраховане на притежателя на спестовна сметка. За дата на приемане за застраховане се счита датата, на която застрахователният сертификат е бил подписан от Притежателя на полицата.

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 задал писмен въпрос.
- 9.3 Ако Застрахованият съзнателно е обявил неточно или е премълчал съществено обстоятелство, за което ако Застрахователят е знаел, не би приел за застраховане Застрахования, то Застрахователят има право да прекрати едностранно индивидуалното застрахователно покритие за това застраховано лице в едномесечен срок от узнаването на това обстоятелство.
- 9.4 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.
- 9.5 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 Началото на индивидуалното застрахователно покритие за всяко застраховано лице във връзка с всяка от неговите застраховки започва на датата на приемане на застрахованото лице за съответната застраховка и плащането на първата премийна вноска. Срокът на индивидуалното застрахователно покритие за всеки застрахован изтича на крайната дата на последната спестовна сметка на застрахованото лице, освен ако индивидуалното застрахователно покритие не е било прекратено предсрочно съгласно чл.10.2 по-долу.
- 10.2 Индивидуалното застрахователно покритие за всяко застраховано лице за всяка от неговите застраховки, се прекратява предсрочно на една от следните дати:
- на датата, на която Застрахователят получи отказ от Застрахования да бъде застрахован;
 - при неплащане на премията в съответствие с условията на член 16;
 - на датата на плащане на цялата застрахователна сума;
 - на датата на годишнината от индивидуалното покритие, следваща датата на която застрахованото лице навърши 70 години;
 - на датата на предсрочното прекратяване на всички договори за спестовни банкови сметки на Застрахованото лице
 - в случай на прекратяване на Договора за групова застраховка, на крайната дата на последния вече започнал годишен период на индивидуалната застраховка.

Член 11 Покрити рискове

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

- Смърт в резултат на злополука
- Пълна и Необратима Загуба на Автономност (ПНЗА) в резултат на злополука

Член 12 Териториален обхват на покритието

Покритието е валидно на територията на целия свят. В случаите на ПНЗА в резултат на злополука определянето на състоянието, предшествало извършването на застрахователно плащане, трябва да бъде направено от лекар, специално назначен от Застрахователя за тази цел, като определянето на състоянието 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 последиствия и резултати от:

- Участие на Застрахования в каквото 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 или пристрастеност към наркотици, опийни или стимулантни 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);

- Гражданска война, война, инвазия, обявени или не военни операции, вражески действия от трети страни, размирици, въстание, метеж, стачка, граждански въстания, протест, революция, бунт, терористични актове, независимо от това дали Застрахованият кредитополучател е бил пасивен или активен участник в такива действия;

- Участие във всякакъв вид професионален спорт или в спорт, включващ употреба на двигател (включително ралита), бокс, подводно гмуркане с кислороден апарат, изследване на подводни пещери, бобслей, спускане с шейни, или скокове от трамплин, скално катерене, планинарство, скокове с парашут, небесна акробатика, безмоторно летене, парапланеризъм, скокове с бънджи;
- Всякакви психични, умствени или нервни разстройства;
- 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;
- Извършване или опит за извършване на физическо насилие или на друг незаконосъобразен акт, или участие в незаконосъобразна дейност или престъпление;
- Преките или косвени последиствия и резултати от заболяване;
- Злополука, за които Застрахованият отказва да приеме обосновано и рационално медицинско лечение;
- Пластична хирургия, освен хирургия след злополука, покрита от тази застраховка;
- Самоунищожение или самопричинено увреждане, независимо дали 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 измервания, микробиологични, биохимични средства и/или изобразителни тестове.

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 фалшифицирани или неверни документи или информация са му били предоставени.
- 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 променяща се сума през срока на индивидуалното застрахователно покритие на застрахованото лице. Застрахователната сума по застраховката, е равна на сбора от сумата за Спешно плащане и Сбора от получените суми по спестовната/ите сметки на Застрахованото лице през последните 12 месеца преди настъпване на покрития риск, но не може да надвишава Максималната застрахователна сума определена по-долу. .
- 15.2 Максималната застрахователна сума не може да надвишава:

- Сума за Спешно плащане в размер на 2 000 лева при настъпване на Злополука, довела до покрит риск, освен злополука, настъпила при пътно-транспортно производство (ПТП,) или 3 000 лева при настъпване на злополука при ПТП довела до покрит риск, платима до 2 работни дни след получаване от Застрахователя на всички необходими документи , свързани с настъпването на покрития риск.
- Сбора на получените суми по спестовната/ните сметка/и на Застрахованото лице през последните 12 месеца преди датата на настъпване на покрития риск до максимум 6000 лева при Злополука, водеща до покрит риск, освен при злополука, настъпила при ПТП, или до максимум 9000 лева при Злополука при ПТП довела до покрит риск.

Член 16 Изчисляване и плащане на застрахователната премия

- 16.1 Размерът, периодичността и падежите на премията/разсрочените части на премията се определят в Застрахователния сертификат.
- 16.2 Застрахователната премия е годишна, разсрочена на месечна премия и се плаща от Застрахованите лица чрез дебитирание на банковата им сметка веднъж месечно.
- 16.3 Застрахователната премия се плаща от Застрахованите лица до или на датата на съответния падеж.
- 16.4 Падежът на първата месечна вноска на първата годишна премия е началната дата на съответното индивидуално застрахователно покритие. Падежът на всяка месечна премия след първата премия, е датата на сключването на застраховката през всеки месец от индивидуалното застрахователно покритие.
- 16.5 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 Договора.
- 16.6 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 изтича два месеца от 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.
- 16.7 Размерът на месечната вноска на застрахователната премия за всяка застраховка на застрахованото лице е:

Общо дължимата месечна сума с включен данък	2 лева
Дължимата месечна застрахователна премия (данъчна основа)	1.96 лева
2% данък върху застрахователната премия	0.04 лева

16.7.1 Горепосочената месечна сума на застрахователната премия е приложима независимо от броя на спестовните сметки, за които застрахованото лице е застраховано.

16.7.2 Данък от 2 % съгласно чл.9 от Закона за Данък върху застрахователните премии се заплаща от Застрахования с всяка месечна премия както е посочено по-горе.

16.8 Ако Застрахованото лице има повече от една спестовна сметка, то то може да има само една застраховка, за която се издава Застрахователен Сертификат и по която се дължи заплащането на застрахователна премия.

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

16.10 Общият размер на всички застрахователни премии, дължими от застрахованите лица се изчислява, събира и превежда от Притежателя на полицата на Застрахователя съгласно условията, уговорени в Груповия застрахователен договор. Общият размер на всички застрахователни премии, събрани от Притежателя на полицата, трябва да бъде преведан на Застрахователя съгласно Кодекса за Застраховането.

Член 17 Застрахователно плащане при смърт в резултат на злополука

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

17.2 Всички други периодични плащания, неплатени към деня на смъртта, както и каквито и да е други разходи или задължения, не се покриват от Застрахователя при изплащане на застрахователната сума.

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 външен 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 и 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 тази 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.

Член 19 Задължения при настъпване на застрахователно събитие и за неговото доказване

19.1. 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, изискувани от Застрахователя документи съгласно чл. 106 от Кодекса за Застраховането, необходими с цел определяне на основателността и размера на претенцията.

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

19.3. В случай на смърт в резултат на злополука:

19.3.1. Спешно плащане:

Ясно и детайлно доказателство за настъпването на смъртта в резултат на злополука (съобщение за смърт, акт за смърт, полицейски доклад, статия в пресата и др.)

Копие на Лична карта на бенефициента

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;

19.3.2. Останалото 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;

Препис-извлечение от Акт за смърт;

Съобщението за смърт, попълнено от лекаря, удостоверил смъртта, 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 Застраховането;

Декларация от Притежателя на полицата, посочваща получената сума по всяка разплащателна сметка през последните 12 месеца от датата на настъпване на смъртта в резултат на злополука;

19.4. В случай на 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.

19.4.1. Спешно плащане:

Ясно и детайлно доказателство за настъпването на ПНЗА в резултат на злополука (медицински документи, решения на ТЕЛК, полицейски доклад, статия в пресата и др.)

19.4.2. Останалото 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 Застраховането;

декларация от Притежателя на полицата, посочваща сумата получена по всяка разплащателна сметка на Застрахованото лице през последните 12 месеца от датата на настъпване на ПНЗА в резултат на злополука

19.4.3. 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 последиците, причинени от невъзможността за удостоверяване на степента на неработоспособност, да определи началната дата на неработоспособността към датата на уведомлението за претенция до Застрахователя.

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

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

19.7. В срок от 15 работни дни освен при сумата за спешно плащане, за която срокът е 2 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;

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

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

19.10 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 20 Експертно проучване и преглед

20.1 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 неговия/нейното здравословно състояние и при неосъществяването на което би могло да бъде отказано застрахователно покритие.

20.2 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.

- 20.3 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 21 Давност

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 22 Уведомления. Адреси

22.1 Застрахованият е длъжен да информира писмено Притежателя на полицата и 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.

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

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

22.4 За дата на уведомяване се счита датата на получаване на уведомлението. Това условие не е приложимо в случаите, когато Застрахованият не е уведомил писмено Застрахователя и Притежателя на полицата за 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 известен адрес на Застрахования.

22.5 Притежателят на полицата и Застрахованият са длъжни да съобщават 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 23 Защита на личните данни

23.1 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).

23.2 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 такова заявление.
- По друг начин, ако такъв е предвиден в секцията за лични данни на уеб сайта на Застрахователя или в приложимата нормативна уредба.

23.3 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:
 - Информираност (във връзка с обработването на личните му данни от Застрахователя);
 - Достъп до собствените лични данни;
 - Коририране (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.

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

23.5 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 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; коририране; изтриване на личните данни; ограничаване на обработването от страна на администратора или обработващия лични данни; преносимост на личните данни 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.

23.6 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 здравео 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, НЕЛКразследващи органи, други държавни органи, лица, които имат право да удостоверяват настъпването на обстоятелства, лечебни и здравни заведения, лични лекари, лекари-специалисти и др.

Член 24 Информация за Застрахователния агент

„Експресбанк“ АД, освен Притежател на настоящата групова 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.brga.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 (фиксирани комисионни), 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 25 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.28 по-горе, или на адреса на съответен офис или клон, 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 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 Комисията за защита на потребителите, Комисия за финансов надзор, Българска Народна банка, както и други компетентни органи, посочени в Глава Девет от Закона за Защита на потребителите.

Член 26 Информация за Застрахователя

Доклада 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 27 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 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, Комисията за защита на личните данни и Комисия за финансов надзор.

Член 28 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 29 Компетентна юрисдикция

Споровете между страните се решават по взаимно съгласие, а ако няма постигнато споразумение – извънсъдебно чрез Медицински арбитраж по реда на чл.20.2. по-горе, респективно – пред компетентния български съд. Приложимо е българското право

Член 30 Нормативна основа

Настоящите Общи Условия и договора се регулират от българския Кодекс за Застраховането. За неуредените въпроси се прилага българското право.

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

Настоящите Общи Условия по Групова застраховка „Злополука“ на физически лица, титуляри на спестовни сметки са одобрени от Съвета на Директорите на „Групама Животозастраховане Експрес“ ЕАД с решение от 13/03/2018 и 25/04/2018 отразено в протокол на заседание на Съвета на Директорите, изменени и допълнени на заседание на Съвета на директорите, проведено на 26.09.2018.

“Спокойствие към спестовна сметка” застраховка злополука

Информационен документ за застрахователния продукт

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

Продукт:

„Спокойствие към спестовна сметка“

Пълната предоговорна и договорна информация за този продукт се намира в Общите Условия по групова застраховка „Злополука“ на физически лица, титуляри на спестовна сметка (Общите условия) налични 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, буква „А“, от Раздел II, Приложение №1 от Кодекса за застраховането, на физически лица, титуляри на спестовни сметки в „Експресбанк“ АД осигуряваща покритие върху живота и телесната цялост на застрахованите лица



Какво покрива застраховката?

- ✓ Смърт в резултат на злополука;
- ✓ Пълна и Необратима Загуба на Автономност (ПНЗА) в резултат на злополука

Максималната застрахователна сума е равна на сбора от сумата за Спешни разходи и общата сума равна на наличните суми по спестовните сметки, но не може да надвишава 8 000 лв (включващи 2 000 лв сума за спешни разходи) в случай на злополука и 12 000лв (включващи 3 000 лв сума за спешни разходи) в случай на злополука при ПТП.

Едно застраховано лице може да има неограничен брой застраховки



Къде съм покрит от застраховката?

✓ Покритието е валидно на територията на целия свят. В случаите на ПНЗА в резултат на злополука определянето на състоянието на Застрахованото лице, предшестващо извършването на застрахователно плащане, трябва да бъде направено от лекар, специално назначен от Застрахователя за тази цел, като определянето на състоянието 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:

- X за покрити рискове, настъпили извън срока на индивидуалното застрахователно покритие;
- X за изключените рискове;
- X 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;
- X ако рискът настъпи вследствие на умишлени действия от страна на Застрахования;
- X ако фалшифицирани или неверни документи или информация са били представени на Застрахователя, то Застрахователят има право да не извърши застрахователно плащане;
- X ако Застрахованото лице не отговаря на изискванията, приложими към всички застраховани лица, посочени в Общите Условия и не дължи застрахователно плащане



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, 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, 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;
- ! Самоунищожение или самопричинено увреждане, независимо дали в състояние на вменяемост или невменяемост;
- ! Умишлено или неумишлено излагане на ядрено въздействие.
- ! Йонизираща радиация;
- ! Неработоспособност, за която Застрахованият претендира, че е придобил въз основа на субективни оплаквания, които не могат да бъдат;
- ! Пластична хирургия, освен хирургия след злополука, покрити от тази застраховка.

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



Какви са задълженията ми?

Преди началото на 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.

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 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 или заверени копия.

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 месечна премийна вноска.



Кога и как плащам?

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

Застрахователната премия е годишна, разсрочена на месечни вноски и се плаща от застрахованите лица чрез дебитиране на банковата им сметка веднъж месечно. Застрахователната премия е платима в лева.

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



Кога започва и кога свършва покритието?

Началото на индивидуалното застрахователно покритие за всяко застраховано лице във връзка с всяка от неговите застраховки започва на датата на приемане на застрахованото лице за съответната застраховка и плащането на първата премия. Срокът на индивидуалното застрахователно покритие за всеки застрахован изтича на крайната дата на последната спестовна сметка на застрахованото лице, освен ако индивидуалното застрахователно покритие не е било прекратено предсрочно.

Индивидуалното застрахователно покритие за всяко застраховано лице за всяка от неговите застраховки, се прекратява предсрочно на една от следните дати:

- на датата, на която Застрахователят получи отказ от Застрахования да бъде застрахован;
- при неплащане на премията в съответствие с Общите условия;
- на датата на плащане на цялата застрахователна сума;
- на датата на годишнината от индивидуалното покритие, следваща датата на която застрахованото лице навърши 70 години;
- на датата на предсрочното прекратяване на всички договори за спестовни банкови сметки на Застрахованото лице
- в случай на прекратяване на Договора за групова застраховка, на крайната дата на последния вече започнал едногодишен период на индивидуалната застрахователна полица;
- За повече подробности, моля, вижте Общите условия на Продукта на <https://www.groupama.bg>



Как мога да прекратя договора?

Застрахованото лице може да отправи писмено възражение и да прекрати застраховката по всяко време на продължителността на индивидуалното му застрахователно покритие.