

ОБЩИ УСЛОВИЯ**ГРУПОВА ПОЛИЦА „ЖИВОТ” И „ЗЛОПОЛУКА“**

Тези Общи условия на груповата полица „Живот“ и „Злополука“ са установени на основание чл.348 от Кодекса за застраховането на Република България и се прилагат от MetЛайф Юрп д.а.к. – клон България.

I. ДЕФИНИЦИИ

1.1. По смисъла на настоящите Общи условия, и на другите документи по застрахователното правоотношение, посочените по-долу термини имат следното значение:

1.1.1. ЗАСТРАХОВАТЕЛ

“MetЛайф Юрп” д.а.к. – Клон България, със седалище и адрес на управление: град София, бул. “България” №51Б, ЕИК: 203328716.

1.1.2. ЗАСТРАХОВАЩ

Юридическо лице, бюджетна организация или друг субект, който съгласно българското законодателство има право да сключи застрахователен договор върху живота на група Застраховани лица.

1.1.3. ЗАСТРАХОВКА (ГРУПОВ ЗАСТРАХОВАТЕЛЕН ДОГОВОР / ЗАСТРАХОВАТЕЛЕН ДОГОВОР)

Груповата полица (Спецификационен лист / Полица), тези Общи условия, уговорените Специални условия (Допълнителни договори), Допълнителните клаузи, писменото заявление за сключване на застраховката, подписаните Добавъци, както и други писмени изявления на Застраховачия, относими към покритието, съответните допълнителни споразумения и останалите приложения и писмени съглашения.

1.1.4. ДОБАВЪК (ДОПЪЛНИТЕЛНА КЛАУЗА)

Документ, носещ подписите на страните по Застрахователния договор, който е част от него и се издава при договорени промени или допълнения на Застраховката.

1.1.5. ГРУПА ОТГОВАРЯЩА НА ИЗИСКВАНИЯТА

За група ще се счита образуване, което съществува за цели различни от получаването на застраховка. Следните групи отговарят на изискванията за застраховане по смисъла на тези Общи условия: (1) работници и служители на работодател; (2) длъжници на кредитор или кредитори; (3) членове на професионален съюз или подобна организация; (4) служители на двама или повече работодатели, или членове на един или повече професионални съюза или подобни организации; (5) членове на асоциация или асоциации; (6) членове на кредитен или кредитни съюзи; (7) потребители или клиенти на търговци/доставчици или институции; и (8) групи, които се счита, че са валидни по усмотрение на застрахователя (групи по усмотрение).

В случаите, когато в тези Общи условия са установени специфични изисквания/клаузи за Служители, с оглед спецификите на трудовото правоотношение, то тези изисквания/клаузи се прилагат и за другите валидни Групи по аналогия, доколкото това е приложимо.

1.1.6. ЧЛЕН НА ГРУПА, КОЙТО ОТГОВАРЯ НА ИЗИСКВАНИЯТА

Всяко лице, което е наето на работа за минимум 30 (тридесет) часова работна седмица, или по друг начин е свързано със Застраховачия по Застраховката, и което е определено от Застраховачия да участва в покритието, следвайки възрастовите ограничения, така както са дефинирани за съответните покрития, освен ако не е определено друго чрез специална Допълнителна клауза.

1.1.7. ЗАСТРАХОВАНО ЛИЦЕ

Всеки член на група, отговаряща на изискванията, според дефиницията по-горе, и включен в групов формуляр за вписване в покритието, подаден от Застраховачия.

1.1.8. СЛУЖИТЕЛ

Служител се отнася до всеки редовен, постоянен работник или служител на Застраховачия, който редовно работи на установена работа, пост или служба за поне 30 часова работна седмица и на територия, посочена от Застраховачия, и приета от Застрахователя за покритието от условията на Застраховката, посочена в Полицата.

Класовете служители, отговарящи на изискванията за застраховане, по който и да е Допълнителен договор (Специални условия) по Застраховката, ще бъдат служители отговарящи на дефиницията за “ЧЛЕН НА ГРУПА, КОЙТО ОТГОВАРЯ НА ИЗИСКВАНИЯТА”, така както е посочена към съответните условия на Застраховката.

1.1.9. ПЛАТЕЦ НА ПРЕМИЯТА

Платецът на Премията е Застраховачият по Застрахователния договор.

1.1.10. БЕНЕФИЦИЕР

Лице или лица, определени от Застрахованото лице, които имат правото да получат Застрахователно плащане при условията и в сроковете на Груповата

GENERAL TERMS AND CONDITIONS**GROUP POLICY “LIFE” AND “ACCIDENT”**

These General Terms and Conditions of Group LIFE and ACCIDENT insurance are established on the basis of Article 348 of the Insurance Code of the Republic of Bulgaria and are applied by MetLife Europe d.a.c. – branch Bulgaria.

I. DEFINITIONS

1.1. For the purposes of these General Terms and Conditions and other documents on the insurance legal relationship, the following terms/definitions have the following meaning:

1.1.1. INSURANCE COMPANY/COMPANY

MetLife Europe d.a.c. – Bulgaria Branch with registered office and management address: city of Sofia, "Bulgaria" Blvd. 51B, UIC : 203328716.

1.1.2. GROUP POLICYHOLDER

This term shall mean the Policyholder specified in the policy Specification Page who according to the Bulgarian Law has a contracting capacity on behalf and for the benefit of a group of Insured Persons, and in whose name the Group Policy is issued.

1.1.3. ENTIRE CONTRACT

The Group Policy together with attached to it Supplementary Contracts, Policy Specification Pages, Endorsements, if they exist, Group Policy Application, as well as other written statements of the Policyholder, if any and group enrollment forms constitute the entire insurance contract.

1.1.4. ADDENDUM

A document bearing the signatures of the parties to the Insurance contract, which is part of it and is issued upon agreed changes or additions to the Insurance.

1.1.5. ELIGIBLE GROUP

The group shall exist for purposes other than obtaining insurance. The following groups are eligible for insurance under this Group policy (1) employees of an employer; (2) debtors of a creditor or creditors; (3) members of a labor union or similar employee organization; (4) employees of two or more employers, or members of one or more labor unions or similar employee organizations; (5) members of an association or associations; (6) members of a credit union or credit unions; (7) customers or clients of businesses and institutions; and (8) groups which are deemed to be valid at the discretion of the Insurer (discretionary groups).

In cases where specific requirements/clauses for Employees are established in these General Terms and Conditions, in view of the specifics of the employment relationship, these requirements/clauses are also applied to the other valid Groups by analogy, insofar as this is applicable.

1.1.6. ELIGIBLE GROUP MEMBER

Any person who is employed on a 30 hours week time basis or is otherwise associated with the Insurer under the Insurance and who is designated by the Insurer to participate in the coverage following the age limits as defined for the applicable coverages, unless it is determined otherwise by a special Additional clause.

1.1.7. INSURED PERSON

Any Eligible Member of an Eligible Group as stated above and listed in group enrollment forms as submitted by the Policyholder.

1.1.8. EMPLOYEE

The term Employee shall be deemed to refer to any regular, 30 hours per week time based, permanent Employee of the Policyholder who is regularly working in an established job, position or office in a territory designated by the Policyholder and accepted by the Insurance Company to be covered by the provisions of the Policy, as Stated in the Policy Specification Page

The classes of Employees eligible for insurance under any Rider attached to this Policy shall be as set in definition for **ELIGIBLE GROUP MEMBER** as set in the respective General and Special Provisions attached to this Policy.

1.1.9. PREMIUM PAYER

The Premium Payer is the Policyholder.

1.1.10. BENEFICIARY

A person or persons designated by the Insurer, entitled to receive payment under the insurance upon occurrence of a covered insurance event during the Insurance

полица. В случай на смърт на Застрахованото лице, освен ако не е определено друго от Застрахованото лице или Застраховачия по Груповата полица, Бенефициери са законните наследници. За всички други плащания Бенефициер е самото Застраховано лице, освен ако не е договорено друго в Груповата полица.

Застрахованото лице може да променя Бенефициера, като подаде писмено уведомление до Застрахователя чрез Застраховачия. Когато Бенефициерите са няколко, те имат равни права, освен ако Застрахованото лице е направило волеизявление за друго. Ако Бенефициер почине преди Застрахованото лице, участието на такъв Бенефициер се прекратява и частта му се разпределя поравно между Бенефициерите преживели Застрахования, освен ако последния не е направил писмено искане в обратен смисъл при посочването на Бенефициерите.

1.1.11. ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ПЛАЩАНЕ

Сумата, за която е застрахован даден риск, и която е максималният лимит за отговорност на Застрахователя. Тя следва да се изплати на Застрахованото лице или неговите Бенефициери при настъпване на Застрахователно събитие.

1.1.12. ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ

Бъдещо несигурно и неблагоприятно събитие, което води до реализиране на покрит риск по застраховката по време на Периода на застрахователно покритие, при реализирането на който Застрахователят извършва застрахователно плащане.

1.1.13. СРОК НА ЗАСТРАХОВКАТА

Период от време, за който е сключен Груповият застрахователен договор. Застраховката се сключва с максимален срок в кръгли години.

1.1.14. ЗАСТРАХОВАТЕЛЕН ПЕРИОД

Периодът, за който е определена Застрахователната премия, който период е една година. Първият Застрахователен период започва считано от Датата на влизане в сила на застрахователното покритие. Всеки следващ Застрахователен период започва на датата, следваща датата на изтичане на предходния, но само при условие, че към момента не е прекратено Застрахователното покритие поради неплащане на Застрахователна премия или вноска по нея.

1.1.15. ПЕРИОД НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНОТО ПОКРИТИЕ

Период от време, съпадащ със Застрахователния период, през който Застрахователят носи риска от настъпване на Застрахователно събитие. Застрахователното покритие е в сила за периода, за който е платена Застрахователна премия, включително дължимата разсрочена вноска от премията.

1.1.16. ГОДИШНИНА НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНОТО ПОКРИТИЕ

Датата и месецът на всяка следваща година, които отговарят на датата и месецът, съгласно Датата на влизане в сила на застрахователното покритие.

1.1.17. ДАТА НА ВЛИЗАНЕ В СИЛА НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНОТО ПОКРИТИЕ

Застрахователното покритие влиза в сила в 00:01 ч. на датата, следваща датата на плащане на първата Застрахователна премия или вноска от нея. Застрахователното покритие е в сила за периода, за който е платена съответната Застрахователна премия или вноска от нея.

1.1.18. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА СУМА

Парична сума, за която е застрахован даден риск, и която е максималният лимит на отговорност на Застрахователя. При настъпване на Застрахователно събитие, Застрахователят изплаща Застрахователната сума или съответния процент от нея, така както е договорено в Застрахователния договор. Където и да се използва в Застрахователния Договор, означава сумата записана в Спецификационния лист на Полицията.

1.1.19. ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕМИЯ

Цена на Застраховката или парична сума, която Застраховачият дължи на Застрахователя за Покритите рискове по Застраховката. Размерът на премията се определя на база вида на Застраховката, покритията, степента на застрахователния риск, както и разходите по обслужване на Застрахователния договор. Застрахователната премия може да се плаща на разсрочени вноски.

1.1.20. ДАТА НА ДЪЛЖИМО ПЛАЩАНЕ

Датата на първо дължимо плащане на Застрахователна премия или вноска от нея, която е посочена в Груповата полица. Датата на дължимо плащане за всяка следваща Застрахователна премия е всяка Година на застрахователното покритие. В случаите на плащане на Застрахователната премия на разсрочени вноски, Датата на дължимо плащане е съответното на първото дължимо плащане число на месеца, в месеците, определени според избрания период на разсрочено плащане.

1.1.21. ГРАТИСЕН ПЕРИОД

Период от 30 (тридесет) дни след Датата на дължимо плащане, в който Застрахователят осигурява покритие по застраховката, ако в този период се извърши плащане на премията или вноска от нея.

Coverage Period. In case of death of the Insured Person, as defined in the respective Special Conditions, the Beneficiary is, unless stipulated otherwise by the Insured Person or the Group Policyholder, the rightful heirs. For all other benefits, the Beneficiary is the Insured Person himself unless stipulated otherwise in the Group Policy.

The Insured Person may, without the consent of his Beneficiary, change the Beneficiary by filing written notice of the change through the Policyholder on a form furnished by or satisfactory to the Insurance Company. When there are several Beneficiaries, they have equal rights, unless the Insured Person has made a will to the contrary. If more than one Beneficiary is designated and in such designation the Insured person has failed to specify their respective interests, the Beneficiaries shall share equally. If any designated Beneficiary predeceases the Insurance person, the interest of such Beneficiary shall terminate and shall be shared equally by such of the Beneficiaries as survive the Insured Person, unless the last has made written request to the contrary in his Beneficiary designation. Any amount of insurance for which there is no Beneficiary at the death of the Insured shall be payable to his heirs.

1.1.11. INSURANCE PAYMENT

The amount for which a given risk is insured and which is the maximum limit of liability of the Insurer. It should be paid to the Insured Person or his Beneficiaries upon occurrence of an Insurable Event.

1.1.12. ACCIDENT

A future uncertain and adverse event that leads to the realization of a covered risk under the insurance during the Period of Insurance Coverage, upon the realization of which the Insured makes an insurance payment.

1.1.13. TERM OF INSURANCE

Period of time for which the Group Insurance Contract is concluded. The insurance is concluded with a maximum term in round years.

1.1.14. INSURANCE PERIOD

The period for which the Insurance Premium is determined, which period is one year. The first Insurance Period starts from the Effective Date of the insurance coverage. Each subsequent Insurance Period begins on the date following the expiry date of the previous one, but only on the condition that the Insurance Coverage has not been terminated at the moment due to non-payment of the Insurance Premium or installment thereof.

1.1.15. PERIOD OF INSURANCE COVERAGE

A period of time coinciding with the Insurance Period, during which the Insured bears the risk of the occurrence of an Insurance Event. The Insurance cover is valid for the period for which the Insurance Premium is paid, including the grace period during, which the premium is due.

1.1.16. ANNIVERSARY OF INSURANCE COVERAGE

The date and month of each subsequent year that corresponds to the date and month under the Effective Date of the insurance coverage.

1.1.17. EFFECTIVE DATE OF INSURANCE COVERAGE

The Insurance coverage comes into force at 00:01 on the date following the date of payment of the first Insurance premium or installment thereof. Insurance coverage is valid for the period for which the relevant Insurance premium or installment thereof has been paid.

1.1.18. SUM INSURED/ FACE AMOUNT

A sum of money for which a given risk is insured and which is the maximum limit of liability of the Insurer. Upon the occurrence of an Insured Event, the Insurer pays the Insured Sum or the corresponding percentage of it, as agreed in the Insurance Contract. Wherever used in this form means the Face amount stated in the Policy Specification Page.

1.1.19. INSURANCE PREMIUM

Price of the Insurance or sum of money that the Policyholder owes to the Insurer for the Covered risks under the Insurance. The amount of the premium is determined based on the type of Insurance, the coverage, the degree of insurance risk, as well as the costs of servicing the Insurance contract. The insurance premium can be paid in installments.

1.1.20. DUE PAYMENT DATE

The date of the first payment of the Insurance Premium or installment thereof, which is specified in the Group Policy. The due date of payment for each subsequent Insurance Premium is each Insurance Coverage Anniversary. In cases of payment of the Insurance Premium in deferred installments, the Due Payment Date is the corresponding date of the first due payment of the month, in the months determined according to the selected deferred payment period.

1.1.21. GRACE PERIOD

A period of 30 (thirty) days after the Due Payment Date in which the Insurer provides coverage under the insurance, if payment of the premium or an installment thereof is made during this period.

В случай на настъпване на Застрахователно събитие по време на гратисния период, условие за извършване на застрахователно плащане е плащането на премията, натрупана за периода, през който покрито продължава да е в сила. Това плащане следва да бъде извършено от Платеца на премията в срок от 10 дни, от предявяване на претенцията за извършване на застрахователно плащане.

Ако дължимата премия не бъде платена в рамките на гореспоменатия Гратисен период, покритието по настоящата Полица се прекратява. В случай, че е предявена претенция за застрахователно събитие, настъпило в Гратисния период и премията не бъде платена при посоченото условие - никакви плащания няма да бъдат дължими за този период от страна на Застрахователя.

1.1.22. ЗЛОПОЛУКА

Внезапно, неочаквано събитие, водещо до Телесна Повреда, което не е причинено умишлено от застрахованото лице и е причинено от външни, неконтролируеми от Застрахованото лице сили. Телесното увреждане, причинено в резултат на микросън или внезапно заболяване на застрахования, не се счита за злополука.

1.1.23. ТЕЛЕСНА ПОВРЕДА/УВРЕЖДАНЕ

Медицински установено увреждане на телесната цялост на Застрахованото лице, причинено от Злополука или самонараняване, при условие че такова нараняване е претърпяно от Застрахованото лице по време на Периода на застрахователното покритие.

1.1.24. ЗАБОЛЯВАНЕ

Всяко патологично състояние или състояние на аномално функциониране на органите или системите на тялото на Застрахованото лице, което не е причинено от Злополука и е диагностицирано в лечебно заведение за първи път през срока на застрахователния договор, като е регистрирано в официален медицински документ. За дата на настъпване на Заболяването се приема датата на първичното му диагностициране.

1.1.25. ПРЕДШЕСТВАЩО СЪСТОЯНИЕ

Всяко състояние на Застрахован в резултат на Заболяване, Злополука или Телесна повреда, за което е получена грижа, лечение или консултация от Лекар или което е придобито или е проявило медицински установени симптоми за първи път преди Датата на влизане в сила на застрахователното покритие.

1.1.26. ЛЕКАР

Лице, на което законно е разрешено да упражнява медицинска професия, и е надлежно регистрирано за това, което е различно от Застрахованото лице, и с което Застрахованото лице няма роднинска връзка.

1.1.27. БОЛНИЦА

Законно функциониращо медицинско заведение със статут на лечебно заведение за болнична помощ, предназначено да осигурява дневни или денонощни медицински грижи на пациенти и лечение на лежачо болни в отделения, конкретно предназначени за целта; разполагащо с подходящо техническо и диагностично оборудване за провеждане на диагностични изследвания и хирургични операции и с персонал от щатни професионалисти и квалифицирани медицински работници. Не е Болница дом или здравно заведение за лечение на алкохолизъм или друг вид пристрастване, нито болница за долекуване и продължително лечение, болница за рехабилитация, дом за медико-социални грижи, хоспис, амбулатория за първична или специализирана извънболнична помощ, медицински център за специализирана извънболнична помощ, индивидуална и групови практики за първична медицинска помощ.

1.1.28. ХОСПИТАЛИЗИРАН БОЛЕН

Застрахован, който е настанен в Болница като пациент, и който е престоял не по-малко от 24 часа при условията на пълен пансион в лечебното заведение, считано от момента на постъпване до момента на изписване от Болницата.

1.1.29. ВОЙНА

Гражданска война или война с чужда държава, включително причинена от пряка или непряка последица от война; война или наподобяващи война операции (независимо дали е обявена война или не) или нахлуване, действия на чуждестранен враг, военни действия, метеж, въстание, граждански размирици, гражданска война, бунт, революция, протести, конспирация, военна или узурпаторска власт, военно положение или положение на обсада, или каквито и да е събития или действия, които определят обявяването или поддържането на военно положение или положение на обсада.

1.1.30. ТЕРОРИСТИЧЕН АКТ

Включва, но не се ограничава до употребата на сила или насилие и/или заплаха на всяко лице или група, които действат самостоятелно или в контакт с организация или правителство, ангажирано с политически, религиозни, идеологически или сходни цели, включително намерението да влияе на което и да е правителство и/или да постави в страх обществото или част от него, или да използва биологичен, химически, радиоактивен или ядрен агент, материал, устройство или оръжие.

1.1.31. РИСКОВ СПОРТ

Спортни и развлекателни дейности, свързани с висок риск, включително но не само: участие в автомобилни състезания; бобслей, соло пещерно спускане,

In the event of the occurrence of an insured event during the grace period, the condition for making an insurance payment is the payment of the premium accumulated for the period during which the cover remains in force. This payment should be made by the Payer of the premium within 10 days of submitting the claim.

If the premium due is not paid within the above-mentioned Grace Period, the coverage under this Policy shall be terminated. In the event that a claim payment is requested for an insured event that occurred during the Grace Period and the premium is not paid under the specified conditions - no payments will be due for that period from the Insurer.

1.1.22. AN ACCIDENT

A sudden, unexpected occurrence resulting in medical established injury that was not caused intentionally by the insured person and is caused by external, non-controllable by the insured forces.

The Bodily Injury caused as a result of micro-sleep or of sudden sickness of the insured is not considered an injury..

1.1.23. BODILY INJURY

Medically established injury to the Insured's bodily integrity caused by an Accident or self-inflicted, provided that such injury happened to the Insured during the Period of Insurance Coverage.

1.1.24. ILLNESS/SICKNESS

Any pathological condition or condition of abnormal functioning of the organs or systems of the body of the Insured Person, which was not caused by an Accident and was diagnosed in a medical facility for the first time during the insurance contract term, being registered in an official medical document. The date when the disease incurred is the date of its primary diagnosis

1.1.25. PREVIOUS CONDITION

Any condition of the Insured resulting from an Illness, Accident or Bodily Injury for which the care, treatment or consultation of a Physician has been received or which has acquired or manifested medically established symptoms for the first time prior to the Effective Date of the Insurance Cover.

1.1.26. DOCTOR

A person who is legally permitted to practice medicine and is duly registered to do so, other than the Insured Person and to whom the Insured Person is not related.

1.1.27. HOSPITAL

A legally functioning medical facility with the status of an inpatient treatment facility, designed to provide day or round-the-clock medical care to patients and inpatient treatment in wards specifically designed for the purpose; having appropriate technical and diagnostic equipment for conducting diagnostic tests and surgical operations and staffed by full-time professionals and qualified medical workers. It is not a hospital, home or health facility for the treatment of alcoholism or other addictions, nor a hospital for treatment and long-term treatment, a rehabilitation hospital, a home for medical and social care, a hospice, an outpatient clinic for primary or specialized outpatient care, a medical center for specialized outpatient care assistance, individual and group practices for primary care.

1.1.28. IN-PATIENT

A person who is confined in a Hospital as a resident patient and who stays at least for one night on full room and board in the Hospital, from the moment of admission to the moment of discharge from the Hospital.

1.1.29. WAR

Civil war or war with a foreign country, including caused as a direct or indirect consequence of war; war or war-like operations (whether or not declared war) or invasion, acts of a foreign enemy, hostilities, riot, insurrection, civil commotion, civil war, insurrection, revolution, protest, conspiracy, military or usurpation, martial law or a state of siege, or any events or acts which constitute the declaration or maintenance of martial law or a state of siege.

1.1.30. TERRORIST ACT

It includes, but is not limited to, the use of force or violence and/or the threat of any person or group acting alone or in contact with an organization or government engaged in political, religious, ideological or similar objectives, including the intent to influence which and to be a government and/or to put the public or any part of it in fear, or to use a biological, chemical, radioactive or nuclear agent, material, device or weapon.

1.1.31. RISK SPORTS

Sports and recreational activities involving high risk, including but not limited to: participation in motor racing; bobsleigh, solo caving, cave diving or sinkhole

пещерно гмуркане или изследване на понори, спускане по каньони, гмуркане с акваланг до 30 м, надбягвания, планинско катерене, мото- и дельтапланеризъм, мото- и парапланеризъм, хелиски, скокове във вода, лов/стрелба, конен лов, прескачания с коне, поло, конни надбягвания, жокейство или конни състезания от всякакъв вид, хокей на лед, спускане с шейна, каране на ски и сноуборд извън пистите и определените за това места, парасейлинг, параски, парашутизъм, скално катерене, каране на четириколки, хранене на акули/гмуркане с клетка, скелетон, ски скокове, слалом, ски акробатика, бънджи скокове, летене или участие в други въздушни дейности, бокс, борба, карате и други форми на бойни изкуства или невъоръжени битки, професионално спортуване, вдигане на тежести, кану по бързеи, рафтинг по реки и пещери, яхтинг извън териториални води или всякакви други опасни занимания или активности.

II. ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

2.1. Застрахователят, съгласно настоящите Общи условия и на основание сключен Застрахователен договор срещу заплащане на Застрахователна премия, поема рисковите и осигурява покритие при настъпване на Застрахователни събития, свързани с живота, телесната цялост и работоспособността на Застрахованите лица, такива каквито са посочени в Груповата полица, в Допълнителни клаузи и/или в Допълнителни договори.

2.2. Застрахователното правоотношение се реализира при спазване принципа на доброволност, добросъвестност, равнопоставеност на страните и отговорност за собственото здраве на Застрахования.

III. ИЗКЛЮЧЕНИ РИСКОВЕ

3.1. В Груповата полица, в Допълнителни клаузи и/или в Допълнителни договори може да бъде договорено, че при наличието на определени факти и обстоятелства, отговорността на Застрахователя не може да бъде ангажирана и същият не носи риска от настъпване на застрахователно събитие.

IV. СКЛЮЧВАНЕ И ДЕЙСТВИЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ДОГОВОР

4.1. Застрахователният договор се сключва във формата на Групова полица (Спецификационен лист), подписана от Застрахователя и Застраховация. Със Застрахователния договор се определят покритието от Застрахователя рисковите, при реализиране на които Застрахователят дължи плащане, дължимата застрахователна премия, както и сумата на начисления данък върху застрахователната премия, когато такъв се дължи. Застраховката е в сила след подписване на застрахователния договор от двете страни, при условие на наличен застрахователен интерес, платена застрахователна премия и данък, съгласно договореното. Застраховката се отнася до такива и толкова на брой застрахователни покрития, както са указани с определена сума в Груповата полица.

4.2. Застрахователният договор се сключва въз основа на писмено заявление на Застраховация. Писменото заявление за сключване на Застрахователен договор е по образец на Застрахователя, като същото включва данни на Застраховация/Застрахования, адрес и телефон за кореспонденция, квалификацията или заплатата на Служителите, други идентификационни данни.

4.3. Полицата по Застраховката се издава при условие за предварително плащане на цялата сума на застрахователната премия, освен ако не е договорено друго в Допълнителна клауза. Полицата се издава и след предоставяне на изискуемите документи, декларации и др. съгласно Закона за мерките срещу изпирането на пари.

4.4. Застрахователният договор влиза в сила на датата, посочена като Дата на влизане в сила, но само при условие че е платена застрахователната премия или първата вноска, в случай на разсрочено плащане. Ако плащането се извършва по банков път, Застраховката влиза в сила на деня, следващ деня на заверяване на банковата сметка на Застрахователя.

4.5. В Застрахователната полица (Спецификационен лист) се вписват данните за Застраховация, както и данни за Застрахованите лица - име и ЕГН (или други персонализиращи данни). Допълнително, Застрахователят може да изиска писмено и друга информация, която според него има значение за оценката на риска по Застраховката.

V. ТЕРИТОРИЯ

5.1. Покритието по Застраховката е валидно в целия свят, освен ако не е посочено друго в Полицата.

VI. ТОЧНОСТ НА ИЗЯВЛЕНИЯТА

6.1. При попълване на здравната декларация/заявление за застраховане или на други документи с писмено зададени от Застрахователя въпроси,

exploration, canyoning, scuba diving up to 30m, racing, mountain climbing, motorcycling and hang gliding, motorcycling and paragliding, heliskiing, diving, hunting/shooting, equestrian hunting, horse jumping, polo, horse racing, jockey or horse racing of any kind, ice hockey, sledding, skiing and snowboarding off piste and designated areas, parasailing, paragliding, parachuting, rock climbing, riding quad biking, shark feeding/cage diving, skeleton, ski jumping, slalom, ski acrobatics, bungee jumping, flying or participating in other aerial activities, boxing, wrestling, karate and other forms of martial arts or unarmed combat, professional sports, weight lifting, rapids canoeing, river and cave rafting, yachting outside territorial waters or any other dangerous pursuits or activities.

II. GENERAL CLAUSES

2.1. The Insurer, in accordance with these General Terms and Conditions and on the basis of an concluded Insurance Contract, against payment of an Insurance Premium, assumes risks and provides coverage in the event of insurance events related to the life, physical integrity and working capacity of the Insured Persons, as specified in the Group Policy, in Additional clauses and/or in Additional Agreements.

2.2. The insurance legal relationship is implemented in compliance with the principle of voluntariness, good faith, equality of the parties and responsibility for the Insured's own health.

III. RISKS EXCLUDED

3.1. In the Group Policy, in Additional Clauses and/or in Additional Contracts, it may be agreed that in the presence of certain facts and circumstances, the Insurer's liability cannot be engaged and the same does not bear the risk of the occurrence of an insured event.

IV. OBJECT AND CONCLUSION OF GROUP POLICY

4.1. The insurance contract is concluded in the form of a Group Policy (Specification Page), signed by the Insurer and the Policyholder. The Insurance contract defines the risks covered by the Insurer, upon realization of which the Insurer owes payment, it also defines the insurance premium due, as well as the amount of tax charged on the insurance premium, when such is due. The insurance is valid after the signing of the insurance contract by both parties, provided there is an available insurable interest, paid insurance premium and tax, as agreed. The insurance applies to such and such number of insurance covers, as indicated by a certain amount in the Group policy.

4.2. The insurance contract is concluded on the basis of a written application of the Policyholder. The written application for concluding an insurance contract is based on the Insurer's template, and the same includes data of the Policyholder / Insured, address and telephone number for correspondence, the classification or salary of the Employees, other identification data.

4.3. The Insurance policy is issued subject to advance payment of the entire amount of the insurance premium, unless otherwise agreed in an Additional Clause. The policy is issued after providing the required documents, declarations, etc. under the Anti-Money Laundering Act.

4.4. The insurance contract comes into force on the date indicated as the Effective Date, but only on the condition that the insurance premium or the first installment, in case of deferred payment, has been paid. If the payment is made by bank transfer, the Insurance comes into force on the day following the day of verification of the Insured's bank account.

4.5. In the Insurance policy (Specification Page), the data for the Policyholder, as well as data for the Insured persons - name and social security number (or other personalizing data) are entered. Additionally, the Insurer may request in written other information that, in its opinion, is relevant for the assessment of the risk under the Insurance.

V. TERRITORY

5.1. The coverage under this Group Policy is valid world-wide unless it is stated otherwise in the Policy Specification Pages.

VI. TRUTH OF STATEMENT

6.1. When filling out the health declaration/application for insurance or other documents with questions asked in written by the Insurer, the Policyholder and the

Застраховачият и Застрахованите съобщават всички обстоятелства, които са съществени, като лицата носят съответната отговорност за верността, точността и пълнотата на данните.

6.2. Ако лице, при попълване на здравната декларация/заявление за застраховане или на други документи с писмено зададени от Застрахователя въпроси, съзнателно е обявило неточно или е премълчало обстоятелство, при наличието на което Застрахователят не би сключил Застраховката, ако е знаел за това обстоятелство, Застрахователят може да прекрати Застрахователния договор. Застрахователят може да упражни това право в едномесечен срок от узнаване на обстоятелството. При прекратяване на договора, Застрахователят задържа платената част от застрахователната премия и има право да иска плащането ѝ за периода до прекратяването на договора.

6.3. Ако съзнателно неточно обявеното или премълчаното обстоятелство е от такъв характер, че Застрахователят би сключил договора, но при други условия, той може да поиска изменението му. Това право може да се упражни в едномесечен срок от узнаване на обстоятелството. Ако Застраховачият не приеме предложението за промяна в двуседмичен срок от получаването му, договърът се прекратява едностранно от Застрахователя с последиците по т.6.2.

6.4. Когато в случаите по т.6.2 или т.6.3 застрахователно събитие настъпи, Застрахователят може да откаже изцяло или частично застрахователно плащане, когато неточно обявеното или премълчано обстоятелство е оказало въздействие за настъпването на събитията.

6.5. По време на действието на застрахователния договор, всеки Застрахован, попълнил здравна декларация или други документи с писмено зададени от Застрахователя въпроси, е длъжен писмено да обявява пред Застрахователя всички новонастъпили обстоятелства, за които при сключването на договора Застрахователят писмено е поставил въпрос. Обявяването на обстоятелствата трябва да се извърши незабавно след узнаването им.

6.6. Ако възрастта, заниманието или здравословното състояние на Застрахования са съществено различни от тези, съобщени първоначално на Застрахователя, той ще откаже плащане за това лице. Застрахователят запазва правото си да одобри и да извърши застрахователно плащане в случай на посоченото различие. Плащането се изчислява пропорционално на премията, фактически платена в съгласие с официалните проценти и правила за застраховане, използвани от Застрахователя за съответните рискове.

VII. ИЗМЕНЕНИЕ НА ЗАСТРАХОВКАТА

7.1. Застраховката може да бъде изменена по всяко време, без съгласието на Застрахованите лица по нея или на кое и да е друго лице, имащо интерес като Бенефициер, по писмено заявление на Застраховачия и със съгласието на Застрахователя. Всяка промяна няма да засяга искане за плащане, възникнало преди датата на промяната. Застраховката може да бъде изменена, за да се прекрати покритието, предвидено съгласно кое и да е или всички Допълнителни договори за Застраховани лица, заради Война, като такова изменение влиза в сила в деня посочен от Застрахователя в уведомление до Застраховачия.

VIII. УДОСТОВЕРЕНИЯ

8.1. Застрахователят ще издаде на Застраховачия индивидуално удостоверение, съдържащо изявление относно застрахователната защита, на която има право всеки Застрахован.

IX. СПИСКЪК И ОТЧЕТИ

9.1. Застраховачият ще води актуален списък на Застрахованите по Застраховката лица, съдържащ съществените данни за всяко лице, съгласно изискванията на Застрахователя. Застраховачият периодично изпраща на Застрахователя информация, отнасяща се до лицата, отговарящи на изискванията за застраховане по Застраховката, каквато може разумно да се счита, че има отношение към управлението на застраховката и определянето на премията, или е поискана от Застрахователя. В случай на неизпълнение на задължението за уведомяване относно съществени обстоятелства, Застрахователят има право да прекрати или да поиска изменение или прекратяване на Груповата полица, в съответствие с приложимите разпоредби на българското законодателство.

X. ПЛАЩАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНАТА ПРЕМИЯ

10.1. Всички премии по Застраховката стават дължими и платими на точната дата, определена от "Дата на влизане в сила", срока на Груповата полица и периодичността на плащане на премията, посочени в Полицата, освен ако не е уговорено друго.

10.2. Застраховачият, със съгласието на Застрахователя, може да промени периодичността на плащането на премията на всяка годишнина на

Insured communicate all circumstances that are essential, and the persons bear the corresponding responsibility for the accuracy, preciseness and completeness of the data.

6.2. If a person, when filling in the health declaration/application for insurance or other documents with questions asked in written by the Insurer, knowingly declared inaccurately or kept silent about a circumstance, in the presence of which the Insurer would not have concluded the Insurance if he had known about this circumstance, the Insurer may terminate the Insurance Contract. The Insurer may exercise this right within one month of becoming aware of the circumstance. Upon termination of the contract, the Insurer retains the paid part of the insurance premium and has the right to demand its payment for the period until the termination of the contract.

6.3. If the deliberately inaccurately declared or omitted circumstance is of such a nature that the Insurer would have concluded the contract, but under other conditions, he may request its amendment. This right can be exercised within one month of becoming aware of the circumstance. If the Policyholder does not accept the change proposal within two weeks of receiving it, the contract is unilaterally terminated by the Insurer with the consequences of item 6.2.

6.4. When, in the cases under item 6.2 or item 6.3, an insured event occurs, the Insurer may refuse full or partial insurance payment, when the inaccurately declared or omitted circumstance had an impact on the occurrence of the event.

6.5. During the validity of the insurance contract, each Insured, who has completed a health declaration or other documents with questions asked in writing by the Insurer, is obliged to announce in written form to the Insurer all newly occurring circumstances about which the Insurer has asked a question in writing at the conclusion of the contract. The announcement of the circumstances must be made immediately after becoming aware of them.

6.6. If age, occupation or any hazards of any of the Insured Persons shall be materially different from those initially advised to the Company no claim shall be payable under this Group Policy in respect to that Insured Person. The Company reserves the right to approve and proceed with indemnity payment in case of the above difference. The indemnity will be calculated in proportion to premium actually paid in accordance with the official rates and underwriting rules used by the Company for corresponding risks.

VII. INCONTESTABILITY OF POLICY

7.1. The Policy may be amended at any time, without the consent of the persons insured hereunder or any other person having a beneficial interest therein, upon written request made by the Policyholder and agreed to by the Insurance Company, but any amendment shall be without prejudice to any claim arising prior to the date of the change. The Policy may be amended to terminate the coverage provided under any or all Riders for Insureds in any area because of any war, or act of war, such amendment to take effect on the date communicated to the Policyholder by the Insurance Company.

VIII. CERTIFICATES

8.1. The Insurance Company will issue to the Policyholder, for delivery to each Employee insured hereunder an individual certificate setting forth a statement as to the insurance protection to which the person is entitled.

IX. RECORDS AND REPORTS

9.1. The Policyholder shall keep a record of the persons insured under the Policy containing, for each person, the essential particulars of the insurance. The Policyholder shall periodically forward to the insurance Company, on the Insurance Company's forms, such information concerning the persons eligible for the insurance under the Policy as may reasonably be considered to have a bearing on the administration of the insurance under the Policy and on the determination of the premium rates. In case of default under the obligation for notification about material circumstances the Insurance Company shall be entitled to terminate or request the amendment of the insurance contract in accordance with the applicable provisions of the Bulgarian law.

X. PREMIUM PAYMENT

10.1. All premiums for the Group Policy shall become due and payable on the specific date determined by the Effective Date, Group Policy duration, and periodicity of premium payment indicated in the Policy Specification Pages, unless it is defined otherwise in the policy Specification Page.

10.2. The Policyholder and the Insurance Company may agree to change the interval of premium payment, on every policy anniversary with an appropriate written

Застраховката.

10.3. Премията дължима по Полицията на всяка Дата на дължимо плащане ще бъде общата сума на премийните плащания за застрахователното покритие, включително по Допълнителния/те договор/и (Специални условия), така както са упоменати в Полицията. Премията за застраховката по всеки Допълнителен договор (Специални условия) ще се базира на уговорените и записани в Полицията суми, при условие, че (а) на първата годишнина на Полицията след Датата на влизане в сила на Допълнителния договор и на всяка Дата на дължимо плащане на премията след това и (б) на всяка дата, на която се променя размера на покритието по Допълнителния договор чрез изменение на Полицията, Застрахователят може чрез уведомление до Застрахователя да променя дължимата премия по застраховката, предвидена по Допълнителния договор, включително и такива дължими към този момент премии. Застрахователят, обаче, няма да има право да променя премията съгласно точка (а) по-горе повече от веднъж на всеки Застрахователен период.

XI. ПРЕКРАТЯВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ПОКРИТИЕ, ПРЕКРАТЯВАНЕ НА ГРУПОВАТА ЗАСТРАХОВКА ИЛИ НА ДОПЪЛНИТЕЛЕН ДОГОВОР

11.1. Застрахователното покритие по Застрахователния договор и/или Допълнителен договор (Специални условия) се прекратява за всяко Застраховано лице веднага, от момента, който настъпи по-рано:

11.1.1. в деня, в който годините на Застрахованото лице надхвърлят определената горна възрастова граница;

11.1.2. в деня, в който Застрахованото лице престане да бъде Член на група, който отговаря на изискванията, както е описано по-горе;

11.1.3. в деня, в който бъдат прекратени трудовите правоотношения със Застрахователя, както е дефинирано по-долу;

11.1.4. при прекратяване на Допълнителния договор (Специалните условия).

11.1.5. на датата на падежа на премията, ако премията не са платени, когато са дължими, като се има предвид и предвидения Гратисен период.

11.2. Прекратяване на трудовите правоотношения за всички цели на Застраховката ще се смята че настъпва, когато Служителят престане да е нает активно, на 30 часова работна седмица, или според уговореното при Застрахователя. Служител, който е с **Трайно намалената работоспособност**, даден му е отпуск (с изключение на майчинство), е временно отстранен от работа или е назначен на непълн работен ден, по малък от уговорения, ще бъде независимо от това считан, че все още е нает на работа, докато Застрахованият, действащ на база изключваща индивидуален подбор, прекрати застрахователното покритие за Служителя като уведоми Застрахователя или като спре плащанията на премията за неговото застрахователно покритие, но в никакъв случай застраховката на такъв Служител няма да бъде продължена след края на месеца следващ месеца, по време на който такова временно отстраняване от работа или работа на непълн работен ден, по-малък от уговорения, започне.

11.3. Всяко Застраховано лице има право да поиска прекратяването на застрахователното покритие по отношение на него по всяко време, чрез писмено заявление. При получаване на такова заявление Застрахователят уведомява писмено Застрахователя, че застраховката на такъв Член на групата е прекратена от датата на постъпване на заявлението.

11.4. Груповата застраховка може да бъде прекратена от Застрахователя или Застрахования след първата година, по законен ред, с писмено уведомление до другата страна. Уведомлението трябва да посочва причините за прекратяването и да бъде изпратено най-малко 30 (тридесет) дни преди датата на прекратяването.

11.5. В случай на прекратяване на Груповата застраховка, ако не бъде посочено друго в нея, Застрахователят възстановява неизползваната част от премията, след приспадане на административните си разходи.

11.6. Всяко прекратяване няма да засяга което и да е искане за плащане, възникнало преди това.

11.7. Всички Допълнителни договори (Специални условия) се прекратяват с прекратяването на Груповата застраховка. Ако на първата Годишнина на Застраховката или на Дата на дължимо плащане на която и да е премия след това, изискванията по т. 14.1 не са спазени, Застрахователят може да прекрати Застраховката и всички Допълнителни договори при условие, че на Застрахованият е дадено писмено уведомление за намерението на Застрахователя най-малко тридесет дни предварително.

11.8. Груповият Застрахователен договор се прекратява и:

11.8.1. с изтичане срока на Застраховката;

11.8.2. едностранно, без предизвестие в случаите на т.6.2, т.6.3 и т.6.6 от тези Общи условия;

11.8.3. след изтичане на Гратисния период след Дата на дължимо плащане;

11.8.4. от Застрахователя, с уведомление до Застрахователя. Уведомлението трябва да бъде изпратено най-малко 30 (тридесет) дни преди датата на прекратяването.

11.8.5. в други определени в тези Общи условия или договорени между страните случаи.

adjustment in the Policy.

10.3. The premium due under the Policy on each premium due date shall be the sum of the premium charges for the insurance coverage including those under additional Rider(s) attached hereto. The premium charges for the insurance under any such Rider shall be as set in the Policy Specification Page, provided that (a) on the first Policy Anniversary following the Rider Effective Date and on any premium due date thereafter, and (b) on any date the extent of coverage under the Rider is changed by amendment to the Policy, the Insurance Company deserves the right by notifying the Policyholder, to change the premium rates for this coverage provided by that Rider, including any then due premiums. The Insurance Company, however, shall not have the right to change the premium rates under (a) above more than once during any twelve consecutive months.

XI. GROUP COVERAGE/POLICY OR RIDER TERMINATION

11.1. The insurance coverage shall immediately terminate under this Group Policy and /or its Rider for each Insured, on the earlier of:

11.1.1. the date when age of Insured Person exceeds the defined upper age limit,

11.1.2. the date the Insured Person ceases to be a Member of an Eligible Group as described above,

11.1.3. if his employment terminates as defined below

11.1.4. on the date of Rider termination.

11.1.5. the premium due date if premiums are not paid when due, subject to the Grace Period provided.

11.2. Termination of employment shall, for all purposes of this Policy, be deemed to occur when an Employee ceases to be actively engaged in work on a 30 hours working week basis with the Policyholder. However, an Employee who is disabled with Total Permanent Disability, granted a leave of absence (excluding maternity and parental leaves), temporarily laid off or placed on a part-time employment, less then initially agreed will nevertheless be considered as still employed until the Policyholder, acting on a basis precluding individual selection, terminates the Employee's insurance by notifying the Insurance Company to that effect or by discontinuing premium payments for his insurance, but in no event shall the insurance of any such Employee be continued beyond the end of the policy month following the policy month during which such lay-off or part-time employment (less then initially agreed) commences.

11.3. Every employee has the right to request termination of insurance at any time by written request submitted to the Company. Upon receipt of such application, the Company shall notify the Policyholder that the insurance of such employee is terminated from the date of filing the application.

11.4. After the first anniversary the Group Policy may be canceled by the Company or the Policyholder in legal order upon written notice, sent by registered mail. The notice must state reasons of cancellation and be sent at least 30 (thirty) days prior to the cancellation date.

11.5. In the event of Group Policy cancellation, if not stated otherwise in the Group Policy, the Insurer will refund the unused portion of the premium after having subtracted an administration charge.

11.6. Any termination or cancellation shall be without prejudice to any claim originating prior thereto.

11.7. All Riders shall terminate upon termination of the Policy. If on the first Policy Anniversary of this Policy or on any premium due date thereafter when the requirements under Clause 14.1. of The Policy - General Provisions, are not complied with, the Insurance Company may thereupon terminate such Rider or Riders provided written notice of the Insurance Company's intention to effect such termination has been given to the Policyholder at least thirty days in advance.

11.8. The Group Insurance Contract is terminated also when:

11.8.1. upon expiry of the Insurance duration;

11.8.2. unilaterally, without notice in the cases of item 6.2, item 6.3 and item 6.6 of these General Terms and Conditions;

11.8.3. after the expiry of the Grace Period after the Payment Due Date;

11.8.4. by the Insurer, with notification to the Policyholder. The notice must be sent at least 30 (thirty) days before the date of termination.

11.8.5. in other cases specified in these General Terms and Conditions or agreed between the parties.

11.9. Застрахователят прекратява застрахователния договор и отказва изплащането на суми при измама, извършена от Застраховачия / Застрахован или от трето лице със знанието и без противопоставяне от тяхна страна, която касае реализирането на застрахователен риск, покрит по застрахователния договор или размера на застрахователното плащане;

11.10. При предсрочно прекратяване на Груповата застраховка, Застрахователят има право да получи застрахователна премия за срока до прекратяване на договора, а в случай на разсрочено плащане, на премията за съответния Застрахователен период.

11.11. Независимо от уговореното в предходните точки, в срок от 30 (тридесет) дни след сключване на Застрахователния договор, Застраховачият има право да се откаже от договора, като отправи писмено изявление до Застрахователя. В този случай, Застрахователят връща сумата на първата Застрахователната премия или вноска по нея.

XII. ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА ГРУПОВАТА ЗАСТРАХОВКА

12.1. Когато Груповата застраховка бъде прекратена поради неплащане на премия, тя може да бъде възстановена по-късно по безусловното усмотрение на Застрахователя. Възстановената Групова застраховка покрива единствено застрахователни събития, които биха могли да възникнат след датата на възстановяване на Застраховката, освен ако не е договорено друго.

XIII. НОВИ ЧЛЕНОВЕ НА ГРУПАТА И ПРОМЕНИ В ПОКРИТИЕТО

13.1. Нови Членове, отговарящи на изискванията за застраховане, определени от Застраховачия по Груповата застраховка, могат да бъдат включени в Застраховката и стари Членове могат да бъдат изключени. През първите 10 дни на всеки месец Застраховачият по Застраховката е задължен да изпраща декларация до Застрахователя, която да посочва всякакви промени в списъка на Членовете, отговарящи на изискванията, заедно със свързаната с това информация (име, дата на раждане, бенефициер, занятие и др.) както и индивидуални формуляри за вписване и съответните премии.

13.2. Всеки Служител, включително нов, става автоматично застрахован на датата, на която е започнал да отговаря на изискванията за застраховане. Когато Служителят не е активно на работа на 30 часова работна седмица на датата, когато иначе би станал застрахован в съгласие с настоящите разпоредби, началото на застраховката на Служителя ще бъде отсрочено до връщането му на активна работа на 30 часова работна седмица, освен ако не е уговорено друго.

13.3. Всеки Служител, който трябва да представи доказателство за възможността да бъде застрахован, задоволително за Застрахователя, като условие, за да стане застрахован, и трудовото му правоотношение със Застраховачия бъде прекратено без да е дадено такова доказателство, ще бъде длъжен да изпълни същото изискване, ако в последствие бъде назначен отново.

13.4. Ако застрахователното покритие, така както е посочено в Полицията, е предмет на промяна поради промени в класификацията или заплатата на Служителя, ще се прилагат следните условия:

13.4.1. Ако се промени класификацията или заплатата на застрахован Служител, застрахователното покритие на Служителя се коригира автоматично в съгласие с новия размер на заплатата или така, че да съответства на новата класификация, на датата на която Застрахователят е бил уведомен.

13.4.2. Всяко увеличение в размера на застрахователното покритие на който и да е Служител, който не е активно на работа, няма да има действие до връщането му на активна работа. Ако обаче, тридесет и един дни изтекат след промяна в заплатата или класификацията, за която се изисква по-голяма сума на застраховката и Застраховачият не направи необходимата вноска, ако е приложима за новия размер на покритието, на първия ден след този, в който той е активно на работа, то няма да бъде допуснато никакво увеличение като резултат от такава промяна или коя да е последваща промяна, освен ако Служителят не представи доказателство за възможността да бъде застрахован, задоволително за Застрахователя.

13.4.3. Ако застрахователното покритие на Служител бъде продължено през време на нетрудоспособност, отпуск или временно освобождаване от работа, застрахователното покритие ще бъде същото като това, за което е застрахован на последния ден на активна работа, веднага преди такава нетрудоспособност, отпуск или временно освобождаване от работа.

XIV. ИЗИСКВАНИЯ ЗА УЧАСТИЕ

14.1. Застрахованите лица по един Застрахователен договор, трябва да бъдат не по-малко от 5 (пет) на брой и задължително 100% (сто процента) от тези, които отговарят на изискванията за застраховане като Член на група.

XV. ПРЕТЕНЦИИ И ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ ПЛАЩАНИЯ

15.1. При настъпването на обстоятелство, въз основа на което може да

11.9. The Insurer terminates the insurance contract and refuses to make any payments in the event of fraud committed by the Policyholder / Insureds or by a third party and/or with their knowledge, when such knowledge is related with a claim payment which is covering insurance risk under the current insurance contract or the payment of the insurance face amount;

11.10. In case of termination before the coverage end date of that Group insurance, the Insurer has the right to receive an insurance premium for the period before the termination. In case of deferred premium payment the Insurer has the right to receive part of the premium covering relevant Insurance period.

11.11. Regardless of what was agreed in the previous points, within 30 (thirty) days after concluding the Insurance contract, the Policyholder has the right to withdraw from the contract by making a written statement to the Insurer. In this case, the Insurer returns the amount of the first Insurance premium or installment thereof.

XII. GROUP POLICY REINSTATEMENT

12.1. When the Group Policy lapses due to non-payment of premium, it may be later reinstated at the absolute discretion of the Company. The reinstated Group Policy will cover only the loss that may emerge after the date of Group Policy reinstatement unless it is defined otherwise.

XIII. NEW GROUP MEMBERS

13.1. The new Eligible Group Members appointed by the Group Policyholder may be included in this Group Policy and old Members may be excluded. For this reason, during the first 10 days of each month the Group Policyholder is obliged to send to the Company a statement that will show any changes in its list of Eligible Members along with the related information (surname, date of birth, beneficiary, occupational duties, etc.) as well as group enrollment forms and corresponding premiums.

13.2. Each Employee eligible for insurance, shall become insured on the date he becomes eligible, provided that, in any instance when the Employee is not actively at work on min 30 hours working week basis on the date he would become insured in accordance with the provisions, the commencement of the Employee's insurance shall be deferred until return to active, 30 hours working week, unless defined otherwise.

13.3. Any Employee who must furnish evidence of insurability satisfactory to the Insurance Company as a condition to becoming insured, and whose employment with the Policyholder terminates without such evidence having been given, shall continue to be subject to the same requirement if he is subsequently re-employed.

13.4. If the insurance coverage as shown in Policy Specification Page is subject to change due to changes in employee classification or salary, the following provisions shall apply:

13.4.1. If an insured Employee's classification or salary changes, the Employee's insurance shall be adjusted automatically in accordance with the new amount of salary or to conform to the new classification on the date when the Company was notified;

13.4.2. Any increase in the amount of insurance of any Employee not actively at work on such date shall not become effective until he returns to active work. However, if thirty-one days elapse after change of salary or change to a classification for which a larger amount of insurance is provided and the Employee fails to make any required contribution, if applicable, to the new amount of insurance by the first day thereafter in which he is actively at work, no increase shall be allowed as a result of such change or any subsequent change unless the Employee furnishes evidence of insurability satisfactory to the Insurance Company;

13.4.3. Should any Employee's insurance be continued during disability, leave of absence or temporary lay-off, the insurance coverage shall be the same as that for which he was insured on the last day of active work, immediately prior to such disability, leave of absence or temporary lay-off.

XIV. PARTICIPATION REQUIREMENTS

14.1. Employees insured under this Policy must be no less than 5 (five) in number and 100 % (one-hundred percent) of those eligible for insurance.

XV. CLAIMS

15.1. Official written notice must be given to the Company in writing as soon as

възникне претенция за плащане по Застраховката, Застрахователят следва да бъде уведомен писмено възможно най-скоро и във всеки случай в рамките на 7 дни от всяко събитие, което може да доведе до иск съгласно Застраховката. Уведомлението за смърт, в случай че е покрита, трябва да бъде изпратено незабавно.

15.2. Всички претенции, както и всички документи, удостоверения, доказателства и информация, изискани от Застрахователя, трябва да бъдат отправени в писмена форма на български език от правоимащите лица или от техни пълномощници.

XVI. ДЕЙСТВИЯ ПРИ НАСТЪПВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ.

16.1. В случай на събитие, представляващо покрит риск и при представени редовни документи, Застрахователят извършва застрахователно плащане, съгласно условията на Застрахователния договор.

16.2. Съгласно разпоредбите на Кодекса за застраховането, Застрахователят има право да изиска представянето на допълнителни доказателства, необходими за установяване и преценка на обстоятелствата, основанията и размера на предявената към него претенция.

16.3. Застрахователят няма да изисква доказателства, с които правоимащите лица не могат да се снабдят поради съществуващи нормативни пречки или поради липсата на правна възможност за осигуряването им.

16.4. При настъпване на застрахователно събитие, Застрахователят има право на достъп до цялата медицинска документация във връзка със здравословното състояние на Застрахования и може да я изисква от всички лица, съхраняващи такава информация, включително и от Застрахования и Застрахования, като те са длъжни да предоставят на Застрахователя цялата поискана им и/или известна им информация и документация относно здравословното състояние на Застрахования.

16.5. За изплащане на застрахователни суми се представя уведомление за застрахователно събитие по образец на Застрахователя, придружени от следните документи, които са в оригинал или са заверени по съответния ред, както и се извършва следното:

16.5.1. При смърт на Застрахован се представят:

16.5.1.1. съобщение за смърт

16.5.1.2. акт за смърт /препис-извлечение/ от акта за смърт;

16.5.1.3. при настъпила смърт в болнично лечебно заведение - копие на епикризата, съставена от лекуващ лекар, както и всички предходни епикризиса, свързани със здравословното състояние на застрахованото лице;

16.5.1.4. в случай на извършена аутопсия - протокола от аутопсията или съдебно-медицинска експертиза;

16.5.1.5. в случай на битова злополука - документ, издаден от съответните компетентни органи за констатиране на настъпилото събитие.

16.5.1.6. при трудова злополука - копие на декларацията на трудова злополука, съгласно изискванията на приложимите нормативни актове, както и разпореждането на НОИ, съгласно КСО;

16.5.1.7. при образувано полицейско, досъдебно или съдебно производство, се представя документ от съответните компетентни органи, удостоверяващи резултата от производството;

16.5.1.8. когато няма определен Бенефициер - удостоверение за наследници.

16.5.1.9. Застрахователят може да изиска да бъде извършена аутопсия на тялото на Застрахованото лице, ако такова действие е възможно и допустимо по закон.

16.5.1.10. в случай че Застрахованото лице изчезне или съществува невъзможност за обективно идентифициране на тялото, то това събитие ще се третира като смърт на Застрахованото лице, единствено в случай че е налице съответно законосъобразно решение на компетентния български съд.

16.5.2. При Злополука или Заболяване се представят:

16.5.2.1. медицинските документи, свързани със злополуката или заболяването: медицинска документация за хоспитализация, съдържаща съответната информация; поставена диагноза, извършени изследвания, приложено лечение, вкл. хирургично лечение, анестезия, препоръка за лекарско посещение и диагностични изследвания след хоспитализация; образни изследвания; Лична амбулаторна карта; Епикризис;

16.5.2.2. медицинското направление/препоръка за провеждане на диагностично изследване, свързано с хоспитализация и копие от медицински прегледи;

16.5.2.3. акта на органите за медицинската експертиза на работоспособността (ТЕЛЖ, НЕЛЖ);

16.5.2.4. в случай на битова злополука - документ, издаден от съответните компетентни органи за констатиране на настъпилото събитие.

16.5.2.5. при трудова злополука - копие на декларацията на трудова злополука, съгласно изискванията на приложимите нормативни актове, както и разпореждането на НОИ, съгласно КСО;

16.5.2.6. при образувано полицейско, досъдебно или съдебно производство, се представя документ от съответните компетентни органи, удостоверяващи резултата от производството.

practicable and in any case within seven (7) days of any occurrence which may give rise to a claim under this Group Policy. In case it is covered benefit, the notice of death must be given forthwith (within 5 days after the death).

15.2. All claims, as well as all documents, certificates, evidence and information requested by the Insurer, must be submitted in writing in Bulgarian by the entitled persons or their proxies.

XVI. ACTIONS IN THE OCCURRENCE OF AN INSURABLE EVENT.

16.1. In the event of a claim representing a covered risk and upon submission of regular documents, the Insurer makes an insurance payment, according to the terms and conditions of the Insurance contract.

16.2. According to the provisions of the Insurance Code, the Insurer has the right to request the submission of additional evidence necessary to establish and assess the circumstances, grounds and amount of the requested claim payment.

16.3. The insurer will not require evidence that the Insured persons or Policyholder cannot obtain due to existing legal obstacles or due to the lack of legal possibility to provide them.

16.4. In case of an insured event, the Insurer has the right to receive all medical documentation related to the Insured's health and may request such information from all persons who may store it, including the Policyholder and the Insureds. In such case they are obliged to provide to the Insurer all information and documentation requested and/or known to them regarding the Insured's health status.

16.5. For the payment of claim amounts, a notification of an insurance event must be submitted according to the Insurer's template, accompanied by the following documents, which are originals or certified in the relevant order, and the following shall be carried out:

16.5.1. in case of Death of the Insured, the following are presented:

16.5.1.1. notice of Death

16.5.1.2. death certificate / transcript-extract/ from the death certificate;

16.5.1.3. in case of death in a hospital treatment facility - a copy of the epicrisis drawn up by the attending physician, as well as all previous epicrisis related to the insured person's state of health;

16.5.1.4. in the case of an autopsy performed - the protocol of the autopsy or forensic medical examination;

16.5.1.5. in the event of a domestic accident - a document issued by the relevant competent authorities to ascertain the occurrence of the event.

16.5.1.6. in the event of an labor accident - a copy of the declaration of a labor accident, in accordance with the requirements of the applicable legal acts, as well as the order of the NSSI, in accordance with Social Insurance Code;

16.5.1.7. in the case of initiated police, pre-trial or judicial proceedings, a document from the relevant competent authorities certifying the outcome of the proceedings shall be submitted;

16.5.1.8. when there is no declared Beneficiary - certificate of heirs.

16.5.1.9. the Insurer may request that an autopsy be performed on the body of the Insured Person, if such an action is possible and permitted by law.

16.5.1.10. in the event that the Insured Person disappears or there is an impossibility to objectively identify the body, this event will be treated as the death of the Insured Person, only in the event that there is a corresponding lawful decision of the competent Bulgarian court.

16.5.2. In the event of an accident, the following document must be presented:

16.5.2.1. the medical documents related to the accident: medical documentation for hospitalizations containing the relevant information; diagnosis made, examinations performed, treatment applied, incl. surgical treatment, anesthesia, recommendation for a doctor's visit and diagnostic tests after hospitalization; imaging studies; Personal outpatient card; Epicrisis;

16.5.2.2. the medical referral/recommendation for conducting a diagnostic test related to hospitalization and a copy of medical examinations;

16.5.2.3. official document for reduced working capacity issued by the official responsible bodies of the medical expertise following local Law;

16.5.2.4. in the event of a domestic accident - a document issued by the relevant competent authorities to ascertain the occurrence of the event.

16.5.2.5. in the event of a labor accident - a copy of the declaration of a labor accident, in accordance with the requirements of the applicable legal acts, as well as the order of the NSSI, in accordance with Social Insurance Code;

16.5.2.6. when police, pre-trial or judicial proceedings are initiated, a document from the relevant competent authorities certifying the outcome of the proceedings is submitted.

16.6. Във всички случаи на претенции, Застрахователят запазва правото да идентифицира лицето, предявило претенцията, да извърши проверка на истинността и верността на документацията, представена от лицето, упълномощено да получи Застрахователно плащане и да ангажира допълнителни мнения на специалисти.

16.7. При поискване от Застрахователя и за сметка на Застрахователя, Застрахованото лице е задължено да се подложи на медицински преглед във връзка с всяка декларирана Телесна повреда или Заболяване в рамките на 5 (пет) работни дни от получаване на искането от Застрахователя. Сроктът за преглед може да бъде удължен единствено при наличие на специфични изисквания, свързани с медицинското състояние на Застрахованото лице. При отказ на Застрахованото лице да се съобрази с горното, Застрахователят отказва плащане по претенцията.

16.8. Лекар, който е оторизиран от Застрахователя, трябва да има право на достъп до Застрахования, който се намира в състояние на неработоспособност, така че да има възможност да провери неговото здравословно състояние и при неосъществяване на което, би могло да доведе до отказ от изплащане на застрахователната сума.

16.9. Във всички случаи на претенции, Застрахователят има право да изисква предоставянето и на допълнителни документи, касаещи настъпването на застрахователно събитие, основанието и размера на застрахователното плащане.

16.10. Ако лицето, подало уведомлението, не представи исканите документи, необходими да се установят основателността и размера на Застрахователното плащане, Застрахователят може да откаже плащане.

16.11. Застрахователят, в срок от 15 (петнадесет) работни дни от предоставяне на всички доказателства, установяващи основанието на настъпилото застрахователно събитие, включително и на допълнителните доказателства, изискани от Застрахователя съгласно Кодекса за застрахованото, плаща застрахователна сума или мотивирано отказва плащане, като уведомява Застрахования относно причините за отказа за цялостно или частично плащане.

16.12. Ако претенцията по застраховката е измамлива, всички плащания по застраховката ще бъдат отказани, а лицето, осъществило тези действия или бездействия, ще бъде предадено на компетентните органи за реализиране на отговорността му съгласно наказателното законодателство. Измамливо е всяко действие или бездействие, което въвежда в заблуждение или поддържа съществуващо заблуждение у представители или служители на Застрахователя относно настъпването на застрахователното събитие, размера на дължимото застрахователно плащане или други обстоятелства, които са от значение за възникване на правото да се получи застрахователно плащане.

16.13. Плащането на всички суми се извършва от Застрахователя по банкова сметка на получателя на застрахователното плащане. Всички разноски, свързани с плащането са за сметка на получателя на плащането.

XVII. СЪОБЩЕНИЯ

17.1. Всяко съобщение от Застрахования / Застраховация, свързано със застраховката трябва да бъде изпратено на посочения в Търговския регистър адрес на Застрахователя и/или на адрес на електронна поща (email), посочен в застрахователния договор, освен ако Застрахователят писмено не се съгласи за друго.

17.2. Всяко съобщение от Застрахователя към Застрахования / Застраховация се изпраща на посочения в застрахователния договор адрес на Застрахования /Застраховация. При сключване на застраховката Застрахованият/Застраховацият заявяват и адрес на електронна поща (e-mail), на който ще получават съобщения, включително за промени в условията на застраховката, относно размера на застрахователната премия и други. Застрахованият/Застраховацият е длъжен незабавно писмено да уведоми Застрахователя за промяна на указания в застрахователния договор адрес или в заявения e-mail и да съобщи на Застрахователя новия си адрес/e-mail. До получаване на съобщението за промяна на адрес/e-mail на Застрахования/Застраховация от страна на Застрахователя, съответните съобщения се изпращат до адреса/e-mail, посочени в застрахователния договор, като същите се смятат за връчени и получени от Застрахования/Застраховация с всички предвидени в закона или договора правни последици.

17.3. Писмената форма, където такава се изисква съгласно закона или застрахователния договор, ще се счита за спазена от страна на Застрахователя, ако уведомлението или друга писмена информация до Застраховация и/или Застрахования, са изпратени по електронен път на последния посочен адрес на електронна поща (e-mail) на Застраховация или Застрахования.

17.4. Електронно съобщение от Застраховация или съответно Застрахования се счита за подписано с електронен подпис, който има силата на саморъчен подпис в отношението между страните по Застраховката, ако:

17.4.1 електронното съобщение е изпратено от адреса на електронна поща, посочен в заявлението за застраховане (или друг адрес на електронна поща на Застраховация или съответно Застрахования, за който Застрахователят е бил предварително писмено уведомено) до адреса на електронна поща на

16.6. in all cases of claims, the Insurer reserves the right to identify the person who requests the claim, to verify the truthfulness and correctness of the documentation presented by the person authorized to receive the Insurance Payment and to engage additional expert opinions.

16.7. At the request of the Insurer and at the Insurer's expense, the Insured Person is obliged to undergo a medical examination in connection with any declared Bodily Injury within 5 (five) working days. The examination period can be extended only if there are specific requirements related to the Insured Person's medical condition. If the Insured refuses to comply with the above, the Insurer refuses to pay the claim.

16.8. A doctor who is authorized by the Insurer must have the right to examine the Insured, when the Insured happen to be in a state of incapacity to work. The Insurer should has the opportunity to check Insured's health and any failure to do so could lead to the refusal of the claim payment.

16.9. In all cases of claims, the Insurer has the right to request the provision of additional documents regarding the occurrence of an insured event, or regarding the basis and amount of the insurance payment.

16.10. If the person who submitted the claim request does not submit the requested documents necessary to establish the validity and amount of the Insurance Payment, the Insurer may refuse payment.

16.11. The Insurer, within a period of 15 (fifteen) working days from the provision of all evidence establishing the basis and amount of the insurance claim, the insurance event that has occurred, and including the additional evidence required by the Insurer, in accordance with the Insurance Code, pays the Insurer an insurance amount as specified in the Specification Page or refuses payment, by notifying the Insured person about the reasons for refusing full or partial payment.

16.12. If the insurance claim is fraudulent, all insurance payments will be denied and the person who committed these acts or omissions will be referred to the competent authorities for the realization of his responsibility under criminal law. Fraudulent is any act or omission that misleads or maintains an existing delusion among representatives or employees of the Insurer regarding the occurrence of the insured event, the amount of the insurance payment due or other circumstances that are relevant for the emergence of the right to receive an insurance payment.

16.13. Payment of all amounts is made by the Insurer to the bank account of the recipient of the insurance payment. All costs related to the payment will be covered by the recipient of the payment.

XVII. MESSAGES

17.1. Any message from the Insured / Policyholder related to the insurance must be sent to the Insurer's address specified in the Commercial Register and/or to the email address specified in the insurance contract, unless the Insurer agrees otherwise in writing.

17.2. Every message from the Insurer / to the Insured / Policyholder is sent to the address of the Insurer / Policyholder specified in the insurance contract. When concluding the insurance, the Insured / Policyholder also declares an e-mail address (e-mail) at which they will receive messages, including about changes in the terms of the insurance, about the amount of the insurance premium and others. The Insured / Policyholder is obliged to immediately notify the Insurer in writing of a change of the address set in insurance contract or in the requested e-mail and to inform the Insurer of his new address/e-mail. Until the notification of change of address/e-mail of the Insured / Policyholder is received by the Insurer, the corresponding messages are sent to the address / e-mail specified in the insurance contract, and the same are considered to have been delivered and received by the Insured / Policyholder with all legal consequences provided for by law or contract.

17.3. The written form, where such is required by law or the insurance contract, will be considered complied with by the Insurer if the notice or other written information to the Policyholder and/or the Insured is sent electronically to the last mentioned e-mail address (e-mail) of the Policyholder or the Insured.

17.4. Any electronic message from the Policyholder or the Insured, is considered to be signed with an electronic signature, which has the force of a handwritten signature in the relations between the parties to the Insurance, if:

17.4.1. the electronic message is sent from the e-mail address specified in the insurance application (or another e-mail address of the Policyholder or the Insured, respectively, of which the Insurer has been notified in advance in writing) to the e-mail address of the Insurance Company, and

Застрахователя, и

17.4.2. съобщението съдържа най-малкото следната информация: трите имена и ЕГН на Застрахователя или съответно на Застрахования.

XVIII. ЛИЧНИ ДАННИ

18.1. С настоящото, съгласно приложимото в Република България законодателство за защита на личните данни, Застрахователят уведомява Застрахования/ Застрахования, че:

18.1.1. застрахователят е администратор на лични данни, като връзка със Застрахователя и определеното от него Длъжностно лице по защита на данните може да бъде осъществена на посочения в т.1.1.1. адрес на управление;

18.1.2. предоставените от Застрахования/Застрахования лични данни се обработват от Застрахователя за целите на сключването и изпълнението на застрахователния договор и за целите на директния маркетинг, като правното основание за обработването им може да бъде или изрично съгласие на Застрахования/Застрахования, или изпълнението на застрахователния договор, или ако обработването е необходимо за спазването на законово задължение на Застрахователя, или ако обработването е необходимо за целите на легитимните интереси на Застрахователя. Обработването на личните данни е за срок, който е съобразен с целите на обработването, без да надхвърля минимално необходимия срок за обработване на данните;

18.1.3. при наличие на основанията за законосъобразно обработване, личните данни могат да бъдат разкривани на трети лица, в това число, но не само на следните категории получатели: лица, имащи качеството "обработващ лични данни"; на трети лица, институции или организации в случаите, когато разкриването е по силата на изрична законова разпоредба или е свързано с изпълнението на застрахователния договор; на трети лица за статистически цели;

18.1.4. предоставянето на личните данни има изцяло доброволен характер, но е от съществено и обуславящо значение за предоставянето на застрахователна услуга. Отказът за предоставянето на лични данни е основание Застрахователят да откаже да сключи договор или да предприеме друго действие, в случай че липсата на тези данни не дава възможност да извърши обективна оценка на риска от сделката или по друг начин застрашава реализацията на законните му интереси или възпрепятства изпълнението на застрахователния договор;

18.1.5. застрахованият/Застрахованият има право на достъп до личните си данни, както и право да иска коригирането им или заличаването им по реда и условията на приложимото в Република България законодателство за защита на личните данни;

18.1.6. всяко лице, има право да възрази срещу обработването на личните му данни за целите на директния маркетинг, като с настоящото е уведомено, че личните му данни могат да бъдат разкрити на трети лица или използвани от тяхно име за целите на директния маркетинг. Лицето има възможност да възрази срещу такова разкриване или използване посредством изявление, изпратено на адреса на Застрахователя.

18.1.7. с полагането на подпис за сключване на настоящата застраховка, Застрахованият потвърждава, че е уведомен за това, че предоставени от него лични данни ще бъдат обработвани от Застрахователя за нуждите на застраховката, за целите на директния маркетинг и за статистически цели, съгласно посоченото в предходната точка, включително чрез извършването на всяка операция или съвкупност на операции с предоставените лични данни или с набора от лични данни, включващ предоставените данни по време на процеса по сключване на застрахователния договор, чрез автоматични или други средства, които операции по преценка на Застрахователя се изразяват в събиране, записване, организиране, структуриране, съхранение, адаптиране или промяна, извличане, консултиране, употреба, разкриване чрез предаване, разпространяване или друг начин, по който данните стават достъпни, поддреджани или комбинирани, ограничаване, изтриване или унищожаване. Обработването на лични данни може също така да включва и предоставяне на лични данни на трети лица (включително на лице, установено в държава, която не е държава - членка на Европейския съюз и държава - членка на Европейското икономическо пространство) за нуждите на застраховката, за целите на директния маркетинг и за статистически цели, съгласно посоченото в предходната точка. Подписването на застраховката също така означава потвърждение на факта, че Застрахованият/Застрахованият е уведомен за Политиката за конфиденциалност на Застрахователя, която е публикувана на: <http://www.metlife.bg/content/dam/alico/bulgaria/bg/home/assets/pdf/GDPR/GDPR%20Privacy%20Policy.pdf>

XIX. ПРИЛОЖИМО ПРАВО И ПОДСЪДНОСТ

19.1. Споровете между страните се решават с преговори и по взаимно съгласие между тях, както и съгласно установеното във "Вътрешните правила за дейността по уреждане на претенции по застрахователни

17.4.2. the message contains at least the following information: the three names and social security number of the Insured or the Policyholder, respectively.

XVIII. PERSONAL DATA

18.1. Hereby, in accordance with the personal data protection legislation applicable in the Republic of Bulgaria, the Insurer notifies the Policyholder that:

18.1.1. the Insurance Company is the administrator of personal data. The Insurance Company contact information is given in item 1.1.1. company address;

18.1.2. personal data provided by the Policyholder is processed by the Insurer for the purposes of concluding and executing the insurance contract; and for the purposes of direct marketing, as the legal basis for their processing can be either the express consent of the Insured / the Insurer, or the performance of the insurance contract, or if the processing is necessary to comply with a legal obligation of the Insurer, or if the processing is necessary for the purposes of the legitimate interests of the Insurer. The processing of personal data is for a period that is consistent with the purposes of the processing, without exceeding the minimum necessary period for processing the data;

18.1.3. if there are grounds for lawful processing, personal data may be disclosed to third parties, including, but not limited to, the following categories of recipients: persons having the status of "personal data processor"; to third parties, institutions or organizations in cases where the disclosure is by virtue of an express legal provision or is related to the performance of the insurance contract; to third parties for statistical purposes;

18.1.4. the provision of personal data is entirely voluntary, but is of essential and determining importance for the provision of an insurance service. The refusal to provide personal data is a reason for the Insurer to refuse to conclude a contract or take any other action, in the event that the absence of such data does not allow an objective assessment of the risk of the transaction or otherwise threatens the realization of its legitimate interests or impedes the implementation of the insurance contract;

18.1.5. the Insured / Policyholder has the right to access his personal data, as well as the right to request their correction or deletion under the terms and conditions of the personal data protection legislation applicable in the Republic of Bulgaria;

18.1.6. every person has the right to object to the processing of their personal data for direct marketing purposes, and is hereby notified that their personal data may be disclosed to third parties or used on their behalf for direct marketing purposes. The person has the opportunity to object to such disclosure or use by means of a statement sent to the address of the Insurer.

18.1.7. by signing to conclude this insurance, the Policyholder confirms that is informed that the personal data as provided will be processed by the Insurer for the needs of the insurance, for the purposes of direct marketing and for statistical purposes, as specified in the previous point, including by performing any operation or set of operations with the provided personal data or with the set of personal data, including the data provided during the process of concluding the insurance contract, by automatic or other means, which operations at the discretion of the Insurer means collecting, recording, organizing, structuring, storing, adapting or changing, retrieving, consulting, using, disclosing through transmission, distribution or any other way in which the data becomes available, arranging or combining, limiting, erasing or destroying. The processing of personal data may also include the provision of personal data to third parties (including a person established in a country that is not a member state of the European Union and a member state of the European Economic Area) for the needs of insurance, for the purposes of direct marketing and for statistical purposes, as indicated in the previous point. Signing the insurance also means confirmation of the fact that the Insured / Policyholder has been notified of the Insurer's Privacy Policy, which is published on:

<http://www.metlife.bg/content/dam/alico/bulgaria/bg/home/assets/pdf/GDPR/GDPR%20Privacy%20Policy.pdf>

XIX. GOVERNING LAW AND JURISDICTION

19.1. Disputes between the parties are resolved through negotiations and by mutual agreement between them, as well as in accordance with the "Internal rules for the settlement of claims under insurance contracts concluded by the Insurer

договори, сключвани от Застрахователя (https://www.metlife.bg/content/dam/alico/bulgaria/bg/home/assets/pdf/claims_procedure.pdf).

Уреждането на претенциите по реда на вътрешните правила на Застрахователя не ограничава правото на Застрахования да предяви претенцията си и пред съд. Всички спорове, нерешени по взаимно съгласие, породени от тази застраховка или отнасящи се до нея, включително споровете, породени или отнасящи се до нейното тълкуване, недействителност, изпълнение или прекратяване, както и споровете за попълване на празноти в застраховката или приспособяването ѝ към нововъзникнали обстоятелства, ще бъдат разрешавани от компетентния български съд.

19.2. За всички неуредени въпроси относно застрахователното правоотношение е приложимо българското законодателство.

XX. ДОПЪЛНИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ.

20.1. Всички права, произтичащи от сключената застраховка, се погасяват по давност след изтичане на срока, определен в действащото българско законодателство.

20.2. По решение на Застрахователя застрахователно плащане може да се извърши и след изтичане на давностния срок.

20.3. За погрешно или неправилно внесени застрахователни премии, както и за несвоевременно получени застрахователни плащания, Застрахователят не дължи лихви.

Тези Общи условия са приети от МетЛайф Юрп д.а.к. – клон България на 13.12.2022 г.

Получих, запознах се и приемам тези Общи условия.

За Застраховация

Подпис:

Име, презиме, фамилия на Застраховация

Дата:

(https://www.metlife.bg/content/dam/alico/bulgaria/bg/home/assets/pdf/claims_procedure.pdf).

Settlement of claims in accordance with the Insurer's internal rules does not limit the Insured's right to present a claim in court. All disputes not resolved by mutual agreement arising out of or relating to this insurance, including disputes arising out of or relating to its interpretation, invalidity, performance or termination, and disputes to fill gaps in the insurance or adapt it to new circumstances, will be resolved by the competent Bulgarian court.

19.2. Bulgarian legislation is applicable to all unresolved issues regarding the insurance legal relationship.

XX. ADDITIONAL PROVISIONS.

20.1. All rights arising from the concluded insurance are extinguished by statute of limitations after the expiration of the period defined in the current Bulgarian legislation.

20.2. At the decision of the Insurance Company, the insurance payment can be made even after the expiry of the limitation period.

20.3. The Insurer does not owe interest for wrongly or incorrectly paid insurance premiums, as well as for untimely received insurance payments.

These General Terms and Conditions have been accepted by MetLife Europe d.a.c. - Bulgaria branch on 13.12.2022.

I have received, read and agree to these General Terms and Conditions



**Десислава Кънева
Представяващ**

ДОПЪЛНИТЕЛЕН ДОГОВОР ГРУПОВА ЗАСТРАХОВКА ДНЕВНО ПЛАЩАНЕ ПРИ ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ДНЕВНИ ПАРИ ЗА ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ СЛЕД БОЛНИЧЕН ПРЕСТОЙ, ВСЛЕДСТВИЕ НА ЗЛОПОЛУКА ИЛИ ЗАБОЛЯВАНЕ

GROUP SUPPLEMENTARY IN-HOSPITAL DAILY CASH BENEFIT AND CONVALESCENCE EXTENSION OF IN-HOSPITAL BENEFIT DUE TO SICKNESS OR ACCIDENT

Специални условия

Настоящите Специални условия (Допълнителен договор) представляват неразделна част от Застрахователния договор и са документ, обвързващ Застрахователя и Застрахования.

Този Допълнителен договор се прилага към установените от Застрахователя Общи условия за Групова Полица „Живот“ и „Злополука“ и подписана Полица (Спецификационен лист), при което се прилага заедно и приоритетно спрямо Общите условия.

1. Общи разпоредби

1.1. Този Допълнителен договор е част от Застраховката и е валиден единствено ако в Полицата (Спецификационния лист) покритието е посочено като включено и съответната застрахователна сума за него е вписана в Таблицата на застрахователните плащания.

1.2. С този Допълнителен договор се застраховат лицата, за които е предоставен списък от Застрахования по Застраховката

1.3. Предоставянето на покритие по Допълнителния договор изисква плащането на Премия. Размерът на същата е посочен в Полицата.

2. Дефиниции

2.1. Освен дефинициите, уговорени в приложимите Общи условия, по този Допълнителен договор се прилага и следната специална дефиниция:

2.1.1. „Елиминационен период“ означава броят последователни дни, посочен в Полицата, започващ от първия ден, в който Застрахованият е настанен в болнично лечебно заведение, за които дни, Застрахователят не дължи и не извършва застрахователни плащания. При поредни хоспитализации без прекъсване, Елиминационният период се прилага еднократно.

3. Дата на влизане в сила на Допълнителния договор

3.1. Датата на влизане в сила на Допълнителния договор е същата, която е посочена в Груповата полица, освен ако този Допълнителен договор не е приложен към Груповата полица на по-късна дата. В такъв случай Датата на влизане в сила на този Допълнителен договор ще бъде датата на съответната Допълнителна клауза.

4. Допустимост

4.1. По този Допълнителен Договор могат да бъдат застраховани Служители под **70 (седемдесет) навършени години към датата на застраховане/включване в покритието**. Съответният Служител трябва да е бил активно на работа към първоначалната дата на влизане в сила на този Допълнителен Договор.

5. Непрехвърляемост

5.1. Застраховката на Застрахован по този Допълнителен договор не може да се прехвърля.

6. Застрахователни плащания

6.1. Дневно Плащане при хоспитализация вследствие на Злополука или Заболяване

Когато в резултат на Телесна повреда или Заболяване, Застрахованият е приет за лечение в Болница като Хоспитализиран болен, Застрахователят ще изплати сума в размера, посочен в Таблицата на застрахователните плащания в Полицата за всеки ден, в който Застрахованият е бил хоспитализиран, но не повече от 362 (триста шестдесет и два) дни, започващи непосредствено след Елиминационния период, посочен в Груповата полица.

6.2 Разширяване на покритието Дневно Плащане при хоспитализация вследствие на Злополука или Заболяване/ ДНЕВНИ ПАРИ ЗА ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ СЛЕД БОЛНИЧЕН ПРЕСТОЙ

Това разширение е валидно единствено ако в Полицата то е посочено като включено и съответна застрахователна сума за него е вписана в Таблицата на застрахователните плащания.

След всеки период на хоспитализация, за която е била изплатена сума по т.4.1, Застрахователят ще заплати допълнителна сума по покритието Дневно плащане при хоспитализация. Това плащане ще бъде направено след хоспитализация и ще бъде за същия брой дни, през които Застрахованият е бил хоспитализиран, като ще възлиза на половината от дневната сума, която е изплатена за периода на хоспитализация.

Special Provisions

These Special Provisions (Additional Agreement) constitute an integral part of the Insurance Contract and are a document binding the Insurer and the Policyholder.

This Additional Agreement applies to Group "Life" and "Accident" Policy's General Terms and Conditions established by the Insurer and to the signed Policy (Specification Page), where it is applied together with the General Terms and Conditions. In case of discrepancy or conflict with the General Terms and Conditions these Special Provisions shall prevail.

1. General Provisions

1.1. These Special Provisions are part of the Group Policy and are valid only if in the Policy Specification Page the coverage is indicated as included and the respective sum insured for it is entered in the Schedule of Benefits Table.

1.2. These Special Provisions are issued for insurance of the persons for whom a list has been provided by the Policyholder.

1.3. For the issue of these Special Provisions the payment of an amount of Premium is required. This amount appears in the Policy.

2. Definitions

2.1. In addition to the definitions agreed in the applicable General Terms and Conditions, the following special definitions also apply under this Additional Agreement:

2.1.1. „Elimination Period“ wherever used in these Special Provisions means the number of consecutive days as stated in the Policy Specification Page commencing with the first day the Insured is confined in a Hospital for which no benefits are payable. In case of consecutive hospitalizations without interruption, the Elimination Period is applied only once.

3. Effective date of the Special Provisions

3.1. The date specified as the Effective Date of these Special Provisions shall be the same as that under the Group Policy unless these Special Provisions have been attached to the Group Policy or endorsed upon at a later date. In that case, the Effective Date under these Special Provisions will be that shown on the relevant endorsement.

4. Eligibility

4.1. Employees under 70 (seventy) years of age may be insured under this Agreement, provided that they were actively employed on the date of entry into force of the Policy..

5. No Assignment

5.1. An Employee's insurance under this Special Provisions shall be non-assignable.

6. Benefits

6.1. In-Hospital Daily Cash Benefit Due To Accident and Sickness

When as a result of accidental Bodily Injury or Sickness, an Insured shall be necessarily confined within a Hospital as an In-patient, under the continuous attendance of a Physician, the Company will pay the Daily Benefit in the amount stated in the Policy Specification Page for each day that the Insured shall be confined therein, up to 362 (three hundred sixty two) days commencing immediately following the Elimination Period stated in the Policy Specification Page.

6.2. Convalescence Extension of In-Hospital Benefit

This extension shall be valid only if it is marked as covered in the Policy Specification and the respective benefit amount is specified in the Table of benefits.

Following any period of Hospital confinement, for which Benefits are payable under art. 4.1 the company will pay an extension of In Hospital Benefit. This Benefit will be paid after hospitalization, for a number of days equal to the total number of days the person was hospitalized and will amount per day half of the daily Benefit, as that paid during the period of hospitalization.

7. Изключения от застрахователна отговорност на Застрахователя

7.1. Ако не е заявено друго, Застрахователят няма да изплаща суми или да отговаря за каквото и да е искане във връзка с претенции, както и застрахователно плащане, предвидено по тези Специални условия не се дължи, ако Телесната повреда или Заболяването са причинени пряко или косвено, изцяло или частично от:

7.1.1. умишлено причинени от Застрахованото лице телесно нараняване или заболяване в състояние на вменияемост или невменияемост;

7.1.2. опит за самоубийство и последиците от него;

7.1.3. извършване, опит за извършване или подстрекаване към нападение, или престъпление, или участие в размирици;

7.1.4. война (обявена или необявена), военни действия или размирици, чуждестранни враждебни действия, тероризъм, враждебни или военни операции, въстание, граждански безредници, стачка, гражданска война, бунт, революция или държавен преврат, военно положение, положение на обсада, или всякакви събития и причини, водещи до прокламиране или въвеждане на военно положение или обсада; конфискация, карантина или национализация от или по заповед на правителствена, публична или местна власт; оръжия или инструменти с ядрена или радиоактивна сила, независимо дали във военно или мирно време;

7.1.5. по време на активна служба на Застрахованото лице в която и да е военна сила на която и да е държава;

7.1.6. извършване от Застрахования на деяние, което реализира състава на престъпление, или опит за извършване на престъпление, или деяние (действие или бездействие), с което Застрахованият реализира състава на административно нарушение, включително в случаите когато Застрахованият реализира административно-наказателен или наказателен състав в състояние на невменияемост;

7.1.7. употреба на алкохолосъдържащи напитки, вещества и суровини; алкохолизъм и алкохолна болест; пристрастеност към или употреба на наркотични и/или упойващи, и/или психотропни вещества; интоксикации, причинени от употреба на алкохол и/или използване на психотропни, наркотични или халюциногенни вещества. В случай на Телесна повреда вследствие на злополука, всяка употреба на алкохол над максимално допустимите лимити, определени за водачи на МПС, съгласно приложимите разпоредби, се счита за злоупотреба с алкохол и не се покрива по настоящия Допълнителен договор;

7.1.8. ползването от Застрахованото лице, в каквото и да е качество (водач или пътник) на дву- или триколесно пътно превозно средство, мотоциклет, моторен скутер, ATV, включително такова с електрически двигател за задвижване, с или без място за сядане, с максимална конструктивна мощност по-голяма от 11 kW или 125 куб см., или участие на Застрахования в състезание с моторно средство по суша, вода или въздух, освен ако не е определено друго със специална Допълнителна клауза;

7.1.9. тренировки или ползването от страна на Застрахования като пилот или като пътник на планер, дельтапланер, парапланер, парашут, или при участие в каквото и да е друг въздушен полет в качество, различно от това на пътник;

7.1.10. по време на участието на Застрахованото лице в Рисков или професионален спорт;

7.1.11. в резултат на полет, като пътник или по друг начин, в самолет или друг вид въздухоплавателно средство, с изключение на полет като пътник в самолет, обслужван от авиационна компания по определено разписание, извършван по установен пътнически маршрут;

7.1.12. вродени аномалии или дефекти по рождение, станали известни непосредствено след раждането или проявили се впоследствие, както и телесни наранявания, увреди или заболявания, възникнали преди влизането в сила на Застрахователното покритие, с изключение на такива, които не са имали проявление през последните 10 години преди началото на застрахователното покритие и Застрахованото лице не е било прегледано, консултирано, лекувано или проследявано от лекар и не е приемало медикаменти през този период;

7.1.13. всяко Предшестващо състояние, с изключение на такива, които не са имали проявление през последните 10 години преди началото на застрахователното покритие и Застрахованото лице не е било прегледано, консултирано, лекувано или проследявано от лекар и не е приемало медикаменти през този период;

7.1.14. заболявания на нервната система или психични заболявания, лечение в санаториум или лекуване на последиците от злоупотреба с алкохол, лекарства, наркотици и други подобни субстанции;

7.1.15. лечение в център за здравни услуги, център за извънболнична медицинска помощ или рехабилитационен център;

7. Exclusions

7.1. Unless otherwise stated, the Insurer shall not pay or be liable for any amount claimed in respect thereof, as well as the insurance payment provided under these Special Conditions, if the Bodily Injury or Illness is caused directly or indirectly, in full or partially from:

7.1.1. self-destruction or self-inflicted injury, while sane or insane;

7.1.2. suicide or attempted suicide while sane or insane;

7.1.3. the commission of or attempted commission of an assault or any unlawful act, or being engaged in any illegal activity or felony;

7.1.4. war (declared or undeclared), hostilities or disturbances, foreign hostilities, terrorism, hostile or military operations, insurrection, civil disorder, strike, civil war, insurrection, revolution or, martial law, state of siege, or any events and causes leading to the proclamation or imposition of martial law or siege; confiscation, quarantine or nationalization by or by order of a governmental, public or local authority; weapons or instruments of nuclear or radioactive force, whether in wartime or peacetime;

7.1.5. during the Insured's active service in any military force of any country;

7.1.6. commission by the Insured of an act that realizes the composition of a crime, or of an attempt to commit a crime, or of an act (action or inaction) with which the Insured realizes the composition of an administrative violation, including in cases where the Insured realizes an administrative-criminal or criminal composition in a state of insanity;

7.1.7. use of alcoholic beverages, substances and raw materials; alcoholism and alcoholic disease; addiction to or use of narcotic and / or narcotic and / or psychotropic substances; intoxications caused by the use of alcohol and / or the use of psychotropic, narcotic or hallucinogenic substances. In the event of an accident, any use of alcohol above the maximum permissible limits set for drivers in accordance with the applicable regulations shall be considered alcohol abuse and shall not be covered by this Policy;

7.1.8. as a result of the use by the Insured Person, in any capacity (driver or passenger) of a two- or three-wheeled road vehicle, motorcycle, motor scooter, ATV, including one with an electric motor for propulsion, with or without seating, with a maximum design power greater than 11kW or 125cc, or the Insured's participation in a motor vehicle race on land, water or air, unless otherwise specified by a special Additional clause;

7.1.9. training or the use by the Insured, as a pilot or passenger of a glider, hang glider, paraglider, parachute or when participating in any other aerial flight in a capacity other than that of a passenger

7.1.10. during the participation of the Insured Person in Risky or Professional Sports

7.1.11. as a result of a flight, as a passenger or otherwise, in an aircraft or other type of aircraft, except for a flight as a passenger in an aircraft operated by an airline on a fixed schedule, with established passenger route;

7.1.12. Any claim in connection with an illness, Bodily Injury or congenital disease/defect for which the Insured was treated or medically monitored and / or of which he was aware in the last 10 years before the commencement of this insurance and / or his symptoms were present or diagnosed during this period or during the elimination period;

7.1.13. any preexisting condition for which the Insured was treated or medically monitored and / or of which he was aware in the last 10 years before the commencement of this insurance and / or his symptoms were present or diagnosed during this period;

7.1.14. diseases of the nervous system or mental diseases, treatment in a sanatorium or treatment of the consequences of abuse of alcohol, drugs and other similar substances

7.1.15. treatment in a health service center, outpatient care center or rehabilitation center;

7.1.16. всички периодични прегледи за контрол и наблюдение, независимо дали са свързани или не със Заболяване, съществувало преди или след Датата на влизане в сила на Полицията;

7.1.17. дентални грижи или хирургия, с изключение на такива, които се отнасят до здрави естествени зъби и са причинени от Телесна повреда;

7.1.18. пластична или козметична хирургия, с изключение на случаите за възстановяване последствията от Злополуки, покрити по този Допълнителен договор.

8. Прекратяване на покритието

Покритието на всеки Застрахован незабавно се прекратява на годишнината на Допълнителния Договор следваща навършването на 70 (седемдесет) години от Застрахованото лице.

За всички въпроси, които не са уредени от този Допълнителен договор, се прилагат Общи условия за Групова Полица „Живот“ и „Злополука и съответните законови разпоредби.

Тези Специални условия са приети от МетЛайф Юрп д.а.к. – клон България на 13.12.2022 г.

Получих, запознах се и съм съгласен(а) с тези Специални Условия.

За Застрахователя по полицата

Подпис:

Име, презиме, фамилия на Застрахователя по полицата

Дата:

7.1.16. all periodic examinations for control and monitoring, whether or not related to an Illness existing before or after the Effective Date of the Policy;

7.1.17. dental care or surgery, except that which relates to sound natural teeth and is caused by Bodily Injury;

7.1.18. plastic or cosmetic surgery, with the exception of cases for the recovery of the consequences of Accidents covered under this Additional Contract.

8. Termination of Coverage

Employee's coverage will automatically stop on the coverage anniversary after 70th birthday of the Insured.

The General Terms and Conditions of Group "Life" and "Accident" Insurance and the relevant legal provisions apply to all matters not covered by this Supplementary Contract.

These Special Provisions have been accepted by MetLife Europe d.a.c. - Bulgaria branch on 13.12.2022.

I have received, read and agree to these Special Conditions.



**Десислава Кънева
Представяващ**

ДОПЪЛНИТЕЛЕН ДОГОВОР ГРУПОВА ЗАСТРАХОВКА ТЕЖКИ ЗАБОЛЯВАНИЯ**Специални условия**

Настоящите Специални условия (Допълнителен договор) представляват неразделна част от Застрахователния договор и са документ, обвързващ Застрахователя и Застрахования.

Този Допълнителен договор се прилага към установените от Застрахователя Общи условия за Групова Полица „Живот“ и „Злополука“ и подписана Полица (Спецификационен лист), при което се прилага заедно и приоритетно спрямо Общите условия.

1. Общи разпоредби

1.1. Този Допълнителен договор е част от Застраховката и е валиден единствено ако в Полицата (Спецификационния лист) покритието е посочено като включено и съответната застрахователна сума за него е вписана в Таблицата на застрахователните плащания.

1.2. С този Допълнителен договор се застраховат лицата, за които е предоставен списък от Застрахования по Застраховката.

1.3. Предоставянето на покритие по Допълнителния договор изисква плащането на Премия. Размерът на същата е посочен в Полицата.

2. Дата на влизане в сила на Допълнителния договор

2.1. Датата на влизане в сила на Допълнителния договор е същата, която е посочена в Груповата полица, освен ако този Допълнителен договор не е приложен към Груповата полица на по-късна дата. В такъв случай Датата на влизане в сила на този Допълнителен договор ще бъде датата на съответната Допълнителна клауза.

3. Допустимост

3.1. По този Допълнителен Договор могат да бъдат застраховани Служители **под 70 (седемдесет) навършени години към датата на застраховане/включване в покритието**. Съответният Служител трябва да е бил активно на работа към първоначалната дата на влизане в сила на този Допълнителен Договор.

3.2. Служители, в отпуск при временна неработоспособност при сключване на Допълнителния договор, отговарят на условията за включване в покритието по него от 00:01 часа на деня, в който се върнат на работа.

3.3. Служители, наети впоследствие, ще отговарят на условията от 00:01 часа на първия ден, следващ деня в който са наети на работа, като Застрахованият е задължен писмено да уведоми Застрахователя като му предостави списък, освен ако не е уговорено друго.

3.4. В случаите, когато индивидуалната Застрахователна сума надхвърля Допустимата Застрахователна сума за групата, Застрахователят изисква от застрахования Служител предоставянето на доказателства за застраховане под формата на попълнена здравна декларация. Застрахователят си запазва правото да поиска предоставянето на допълнително доказателство, ако счете за уместно и необходимо.

3.5. Допустимата Застрахователна сума се определя на база броя на Застрахованите лица и Средната Застрахователна сума. Средната Застрахователна сума е равна на Максималната Застрахователна сума по покритие Живот или на Застрахователната сума за Трайно намалената работоспособност или на Застрахователната сума за Тежки Заболявания, която от тях е по-голяма (или само на едната от тях, ако в Груповата полица е договорено само едно покритие) разделена на Броя на Застрахованите Служители.

3.6. За определяне на увеличението на Застрахователните суми над Допустимата Застрахователна сума се прилага следната формула:
Общата Застрахователна сума, намалена с Допустимата Застрахователна сума, е равна на Заявеното увеличение.

3.7. Увеличението на застрахователните суми над Допустимата Застрахователна сума не влиза в сила, докато Застрахованият не предостави писмено уведомление до Застрахователя. В случай, че се дължи допълнителна премия, застрахователното покритие за увеличението влиза в сила от датата на получаването ѝ по банковата сметка на Застрахователя.

3.8. Попълване на Здравна декларация се изисква от всички:

3.8.1. по-късно постъпили кандидати за застраховане, чиято индивидуална Застрахователна сума надхвърля Допустимата Застрахователна сума за групата;

3.8.2. всички кандидати за застраховане над Допустимата Застрахователна сума;

3.8.3. отделни Служители, за които Застрахованият е пожелал увеличаване на сумите над Допустимата Застрахователна сума, след одобрение от

GROUP DREAD DISEASE INSURANCE**Special Provisions**

These Special Provisions (Additional Agreement) constitute an integral part of the Insurance Contract and are a document binding the Insurer and the Policyholder

This Additional Agreement applies to Group "Life" and "Accident" Policy's General Terms and Conditions established by the Insurer and to the signed Policy (Specification Page), where it is applied together with the General Terms and Conditions. In case of discrepancy or conflict with the General Terms and Conditions these Special Provisions shall prevail.

1. General Provisions

1.1. These Special Provisions are part of the Group Policy and are valid only if in the Policy Specification Page the coverage is indicated as included and the respective sum insured for it is entered in the Schedule of Benefits Table.

1.2. These Special Provisions are issued for insurance of the persons for whom a list has been provided by the Policyholder.

1.3. For the issue of these Special Provisions the payment of an amount of Premium is required. This amount appears in the Policy.

2. Effective date of the Special Provisions

2.1. The date specified as the Effective Date of these Special Provisions shall be the same as that under the Group Policy unless these Special Provisions have been attached to the Group Policy or endorsed upon at a later date. In that case, the Effective Date under these Special Provisions will be that shown on the relevant endorsement.

3. Eligibility

3.1. Employees under 70 (seventy) years of age may be insured under this Agreement, provided that they were actively employed on the date of entry into force of the Policy.

3.2. All sick leave employees on the effective date of the policy shall be eligible from 00:01 on the day, when they return to the employee's service on a full-time permanent basis.

3.3. All subsequently hired employees shall be eligible from 00:01 on the first day after they are hired and the Policyholder shall provide a list to the Insurance company, unless something else has been agreed.

3.4. In cases, when the individual sum of insurance is in excess of the Free Sum Assured, an employee shall submit evidence of insurability satisfactory to the Insurance Company under the form of completed Health Questionnaire. The insurance company reserves its rights to request any other medical evidence of insurability considered necessary and appropriate,

3.5. Free Sum Assured is determined on the basis of the number of employee and the Average Sum Insured. Average sum insured = Maximum of the Volume of Term Life Insurance or Volume of Permanent Total Disability insurance or Volume of Dread Disease Insurance, where three are applicable (or not, in which case only those applicable will be considered), divided to Number of employees.

3.6. In order to determine life amounts in excess of the Free Sum Assured Amounts, the following formula is to be used:

Total Life Volume – Free Sum Assured = Excess Requested

3.7. Such excess coverage will not become effective until the Policyholder submits written notification to the Insurer. In case, that additional premium is due, the effective date of the Insurance coverage shall be the date, on which the additional premium is credited to the Insurance Company bank account.

3.8. Health Statement is required from all:

3.8.1. late applicants, whose individual sum insured exceeds the free sum insured for the group.

3.8.2. all applicants for life coverage (above Free Sum Assured level)

3.8.3. individuals for whom the Policyholder requests excess amounts of Life Insurance (over the Free Sum Assured)

Застрахователя

3.8.4. отделни Служители, за които Застрахователят е пожелал увеличение в покритието на Допълнителните Договори след първоначалния му избор, след одобрение от Застрахователя.

3.9. Ако кандидатът за застраховане не предостави задоволителни доказателства за застраховане, същият ще бъде включен в покритията до размера на Допустимата Застрахователна сума за групата, но само в случай, че отговаря на следните изисквания:

3.9.1. е активно на работа;

3.9.2. не е постъпил в групата по-късно;

3.9.3. не са налични специално увеличение на премията или забрана за покритие.

4. Непрехвърляемост

4.1. Застраховката на Застрахован по този Допълнителен договор не може да се прехвърля.

5. Застрахователни плащания

5.1. Този Допълнителен договор осигурява покритие за заболявания, състояния и операции, които са описани по-долу, и които отговарят на следните дефиниции, приложими за целите на настоящите Специални условия:

A) РАК

Злокачествен тумор, характеризира се с неконтролируемо увеличение и разпространение на злокачествени клетки и инвазия в тъканите.

Терминът "злокачествен тумор" включва левкемия (с изключение на хронична Lymphocytic Leukaemia), лимфом, злокачествен меланом, но изключва неинвазивни Карцином ин ситу и рак на кожата.

B) ИНФАРКТ НА МИОКАРДА

Некроза на част от сърдечния мускул (миокарда) в резултат на недостатъчно доставяне на кръв в съответната област на мускула. Диагнозата трябва да бъде безспорна и да се подкрепя от:

- история на типична болка в гърдите (свидетелстваща за Ишемично сърдечно заболяване);
- нови и релевантни електрокардиографични промени; и/или
- увеличение на сърдечните ензими над стандартните лабораторни нормални стойности.

C) ЗАБОЛЯВАНЕ НА КОРОНАРНАТА АРТЕРИЯ, ИЗИСКВАЩО ОПЕРАЦИЯ

Подлагането на сърцето на операция за коригиране на стеснение или запушване на две или повече коронарни артерии с присаждане на бай-пас след симптоми на ангина пекторис. Балонна ангиопластика и други нехирургически техники се изключват от покритие.

D) МОЗЪЧЕН УДАР

Мозъчно съдов инцидент водещ до неврологични последици, продължили повече от двадесет и четири часа и които са с постоянен характер. Това включва:

- инфаркт на мозъчната тъкан;
- вътречерепен кръвоизлив и или субарахноидален кръвоизлив;
- емболизъм от екстракраниален източник.

E) УВРЕЖДАНЕ НА БЪБРЕКА

Последна фаза на увреждане на бъбрека поради хронично необратимо спиране функцията на двата бъбрека. Това трябва да се доказва от подлагането на Застрахования на редовна бъбречна диализа или от това, че е бил подложен на бъбречна трансплантация.

F) ТРАНСПЛАНТАЦИЯ НА ГЛАВЕН ОРГАН

Извършването на операция на Застрахования, докато същият е жив, включваща трансплантация на сърце, бял дроб, черен дроб, панкреас, или бъбрек, поединично, и двата органа, където е релевантно или комбинация от органи. Донорният орган трябва да бъде от човек.

G) СЛЕПОТА

Пълна, постоянна и необратима загуба на зрението на двете очи поради заболяване. Диагнозата трябва да бъде клинично потвърдена от офталмолог и от медицинския консултант на Застрахователя.

H) ПАРАЛИЗА / ПАРАПЛЕГИЯ

Пълна загуба на функции на два или повече крайника поради травма или заболяване на гръбначния стълб или гръбначния мозък, когато такава загуба

3.8.4. individuals from whom the Policyholder requests an increase in Supplemental Life coverage after their initial election.

3.9. If an applicant does not produce satisfactory Evidence of Insurability, the applicant would still qualify for coverage up to the Free Sum Assured level, as long as the person satisfies the following conditions:

3.9.1. is actively at work;

3.9.2. was not a late entrant;

3.9.3. does not currently have special loading or coverage restrictions.

4. No assignment

4.1. An Employee's insurance under this Special Provisions shall be non-assignable.

5. Insurance Payments

5.1. These Special Provisions shall cover the diseases, conditions and surgeries described below in this Article and which meet the following definitions valid for the purposes of this Special Provisions.

A) CANCER

A malignant tumor characterized by the uncontrolled growth and spread of malignant cells and the invasion of the tissue.

This includes Leukaemia (except chronic Lymphocytic Leukaemia), Lymphomas and Malignant Melanomas, but excludes non-invasive cancers - carcinoma in situ, all skin cancers and tumors .

B) INFARCTUS OF THE MYOCARDIUM

The death of a portion of the heart muscle (myocardium) as a result of inadequate blood supply to the relevant area of the muscle. The diagnosis must be unequivocal and supported by :

- A history of typical chest pain (indicative of an Ischaemic Heart Disease);
- New and relevant E.C.G. changes and / or
- Elevation of cardiac enzymes above standard laboratory values.

C) CORONARY ARTERY DISEASE REQUIRING SURGERY

The undergoing of surgery in order to correct narrowing or blockage of two or more coronary arteries with by-pass grafts following symptoms of angina pectoris. Balloon angioplasty and other non-surgical techniques are excluded.

D) STROKE

A cerebrovascular incident producing neurological sequelae lasting more than 24 hours and which are of a permanent nature. This includes:

- infarction of brain tissue ;
- intra cranial and/or subarachnoid haemorrhage;
- embolism from an extra cranial source.

E) KIDNEY FAILURE

End stage renal failure presenting as a chronic irreversible failure of both kidneys to function. This must be evidenced by the Insured undergoing regular renal dialysis or having undergone renal transplantation.

F) MAJOR ORGAN TRANSPLANT

The completion of surgery, carried out on the life assured, involving the transplantation of either a heart, lung, liver, pancreas or kidney either in isolation both such organs where relevant, or combination of organs. The donor organ must have been provided from a human source.

G) BLINDNESS

The total, permanent and irrevocable loss of sight in both eyes due to an illness. The diagnosis must be clinically confirmed by an ophthalmologist and the Company's Chief Medical Officer.

H) PARALYSIS / PARAPLEGIA

The total loss of function of two or more limbs due to injury or disease of the spinal cord or brain, where such functional loss is considered to be permanent by a

на функции е определена като постоянна от невролог.
Това включва загубата на функции на крайниците, класифицирана като диплегия, хемиплегия, тетраплегия или квадриплегия.

D) КОМА

Състояние на безсъзнание без реакция или отговор на външни стимули или вътрешни нужди, продължаващо непрекъснато с помощта на животоподдържащи системи за не по-малко от деветдесет и шест часа. Необходимо е да е налице постоянна неврологична недостатъчност, удостоверена от консултант-невролог. Изключва се кома, възникнала пряко от злоупотреба с алкохол или наркотични вещества.

J) ЗНАЧИТЕЛНИ ИЗГАРЯНИЯ

Изгарения трета степен, причинени от злополука, покриващи не по-малко от 20% от повърхността на тялото, измерена чрез "Правило 9" от „Диаграмата на Лънд и Браудър за повърхността на тялото”.

Сумата на застрахователните плащания за Тежко заболяване се определя като фиксирана сума за всеки застрахован служител и тя е идентична за всички служители или за служителите от определен клас, при положение, че класовете служители са определени по обективни критерии, и че служителите не могат да избират сумата на покритието за Тежко заболяване.

5.2. Няма да се дължи застрахователно плащане, ако покритото заболяване е диагностицирано или съответната операция е била диагностицирана като необходима или е била претърпяна в срок от 60 дни (изчаквателен период) след по-късното от следните 2 събития:

5.2.1. дата на влизане в сила на този Допълнителен договор за Тежко заболяване;

5.2.2. дата на записване на Застрахования в застрахователния план по настоящия допълнителен договор.

5.3. Независимо от изложеното в **5.2.**, няма да се прилагат никакви изчаквателни периоди, в случай, че Застрахованите лица са били покрити без прекъсване за Тежки заболявания при предишен застраховател.

5.4. Застрахователната сума се заплаща единствено и само ако Застрахованият е жив след изтичането на 30 дни от датата на диагнозата на заболяванията по букви А), В), D), E), G), H), I) и J) по-горе или от датата на операцията поради заболяванията по букви C) и F) по-горе.

5.5. Плащането, дължимо от Застрахователя, в случай на Тежко заболяване, се ограничава по отношение на всички групови застраховки за Тежки заболявания, издадени от Застрахователя и покриващи същото Застраховано лице до максималния размер, посочен в Спецификационния лист на Полицията. Застрахователят няма да дължи в никакъв случай по отношение на определен Служител сума, по-голяма от посочената в Спецификационния лист на Полицията, независимо от броя на Груповите застраховки за Тежки заболявания, когато са свързани с един и същ живот.

5.6. Застрахователно плащане, така както е посочено в Спецификационния лист на Полицията, се изплаща само веднъж при възникване на едно или повече от покритите заболявания по този Допълнителен договор, независимо дали са възникнали едновременно или последователно. Това условие важи за целия срок на Застраховката.

5.7. В случай на смърт на Застрахования, всички плащания, платими на Застрахования, се изплащат на Бенефициера.

6. Изключения от застрахователна отговорност на Застрахователя

6.1. Служител, който е диагностициран с някое от Тежките заболявания по букви А), В), D), E), G), H), I), J) или е претърпял или му е било предписано да претърпи някоя от операциите по букви C), F) преди началото на неговото покритие, ще бъде покрит за намален списък заболявания / операции както е посочено по-долу:

От покритието за Тежко заболяване се изключват съществуващите заболявания/операции(т.е. тези които са били диагностицирани/претърпени/предписани преди началото на покритието), както и свързаните с тях заболявания / операции съгласно следната класификация:

neurologist.

Loss of function of limbs classified as Diplegia, Hemiplegia, Tetraplegia and Quadriplegia are included.

D) COMA

A state of unconsciousness with no reaction or response to external stimuli or internal needs, persisting continuously with the use of life support systems, for a period of at least ninety-six (96) hours. Permanent neurological deficit, as certified by a consultant neurologist, must be present. Coma resulting directly from alcohol or drug abuse is excluded

J) MAJOR BURNS

Third degree burns resulting from an accident, covering at least 20% of the body surface area as measured by the "Rule 9" of the Lund and Browder Body Surface Chart.

The Dread Disease Sum Assured is defined as a flat amount per covered employee, identical for all the employees of the Company or defined by class of employees, provided through that the classes of employees are defined in an objective manner and that no choice is given to the employee in the amount of coverage.

5.2. No benefit shall be payable if the covered disease is diagnosed or if the surgery is diagnosed as being required or is undergone within 60 days after the latest of the 2 following events:

5.2.1. effective date of this Dread Disease supplementary contract;

5.2.2. enrollment date of the insured.

5.3. Notwithstanding the above stated in **5.2.**, no deferral periods shall be applied in the event that the Insured Persons have been covered for Dread Disease coverage with a previous insurer without any coverage interruption.

5.4. The Face Amount shall be payable only if the Insured is alive after the expiry of 30 days from the date of diagnosis of the disease covered under A), B), D), E), G), H), I) and J) or from the date of surgery of the disease covered under C) and F) above.

5.5. The payment payable by the Insurer in case of Dread Disease is limited in relation to all group insurances issued by the Insurer and covering the same Insured Person up to the maximum amount specified in the Policy Specification Page. The Insurance Company will not owe in any case in respect of a certain employee an amount greater than the one specified in the Policy Specification Page, regardless of number of Group Dread Disease insurances when related to one and the same life.

5.6. The Benefit Payable which is defined in the Policy Specification Page will be paid only once when one or more of the covered diseases occurs during the validity of the insurance whether simultaneously or subsequently. This condition applies for the entire term of the Policy.

5.7. In the event of the Insured's death, all payments, payable to the Insured, are paid to the Beneficiary.

6. Exclusions from insurance liability of the Insurer

6.1. Any employee who has been diagnosed with any of the above Dread Disease A), B), D), E), G), H), I), J) or has undergone or has been requested to undergo any of the above surgery C), F), prior to the commencement of the coverage will only be covered for a reduced list of diseases / surgeries.

Will be excluded from his Dread Disease coverage, the pre-existing disease / surgery as well as the associated diseases / surgeries as per following classification:

Pre existing Disease / Surgery	Diseases / Surgeries excluded from coverage
A) Cancer	A) ; F)
B) Infarction of the myocardium	B) ; C) ; D)
C) Coronary Artery Disease requiring surgery	B) ; C) ; D)
D) Stroke	B) ; C) ; D) ; H) ; I)
E) Kidney failure	E) ; F)
F) Major Organ Transplant	E) ; F)
G) Blindness	G)
H) Paralysis / Paraplegia	D) ; H) ; I)

Съществуващи заболявания / операции	Заболявания / операции, изключени от покритие
A) рак	A) ; F)
B) инфаркт на миокарда	B) ; C) ; D)
C) заболяване на коронарната артерия, изискващо операция	B) ; C) ; D)
D) мозъчен удар	B) ; C) ; D) ; H) ; I)
E) увреждане на бъбрек	E) ; F)
F) трансплантация на главен орган	E) ; F)
G) слепота	G)

H) парализа / параплегия
I) кома
J) значителни изгаряния

D) ; H) ; I)
D) ; H) ; I)
J)

I) Coma
J) Major Burns

D) ; H) ; I)
J)

6.2. Не се изплащат суми по отношение на претенции, които по мнението на медицинските консултанти на Застрахователя са пряк или непряк резултат от предшествашо заболяване, за което Застрахованият е прегледан, лекуван или консултиран от лекар преди включването му в застраховката или за което Застрахованият е знаел към датата на влизане в сила на застраховката му, с изключение на такива, които не са имали проявление през последните 10 години преди началото на застрахователното покритие и Застрахованото лице не е било прегледано, консултирано, лекувано или проследявано от лекар и не е приемало медикаменти през този период.

6.3. По този Допълнителен договор Застрахователят няма да носи отговорност и да дължи никакви плащания свързани, пряко или непряко с предходно заболяване, за което вече е извършено застрахователно плащане от Застрахователя.

6.4. По този Допълнителен договор не се изплащат суми, ако покритото заболяване е причинено пряко или непряко от:

6.4.1. нараняване или заболяване, причинени умишлено от самото лице;

6.4.2. употреба на алкохолосъдържащи напитки, вещества и суровини; алкохолизъм и алкохолна болест; пристрастеност към или употреба на наркотични и/или упойващи, и/или психотропни вещества; интоксикации, причинени от употреба на алкохол и/или използване на психотропни, наркотични или халюциногенни вещества. В случай на Телесна повреда вследствие на злополука, всяка употреба на алкохол над максимално допустимите лимити, определени за водачи на МПС, съгласно приложимите разпоредби, се счита за злоупотреба с алкохол и не се покрива по настоящия Допълнителен договор;

6.4.3. ползването от Застрахованото лице, в каквото и да е качество (водач или пътник на дву- или триколесно пътно превозно средство, (мотоциклет, моторен скутер, ATV, включително такава с електрически двигател за задвижване, с или без място за сядане, с максимална конструктивна мощност по-голяма от 11 kW или 125 куб. см., или участие на Застрахования в състезание с моторно средство по суша, вода или въздух, освен ако не е определено друго със специална Допълнителна клауза;

6.4.4. тренировки или ползването от страна на Застрахования, като пилот или като пътник на планер, делтапланер, парапланер, парашут или при участие, в каквото и да е друг въздушен полет в качество различно от това на пътник;

6.4.5. по време на участието на Застрахованото лице в Рисков или професионален спорт;

6.4.6. радиация, ядрена реакция или радиоактивно замърсяване;

6.4.7. отрова, вдишани отровни газове или изпарения.

7. Прекратяване на покритието

7.1. Покритието на всеки Застрахован незабавно се прекратява на годишнината на Допълнителния Договор следваща навършването на 70 (седемдесет) години от Застрахованото лице.

7.2. В случай на плащане на застраховка на служител, покритието по този Допълнителен договор се прекратява по отношение на този служител.

За всички въпроси, които не са уредени от този Допълнителен договор, се прилагат Общи условия за Групова Полица „Живот“ и „Злополука и съответните законови разпоредби.

Тези Специални условия са приети от МетЛайф Юръл д.а.к. – клон България на 13.12.2022 г.

Получих, запознах се и съм съгласен(а) с тези Специални Условия.

За Застрахования по полицата

Подпис:

Име, презиме, фамилия на Застрахования по полицата

Дата:

6.2. No benefit shall be payable in respect of any claim which, in the opinion of the of the Company's medical consultants, results directly or indirectly from a condition for which the Insured has received treatment prior of his inclusion under the insurance, except for those that have not manifested in the last 10 years before the start of the insurance coverage and the Insured Person has not been examined, consulted, treated or monitored by a doctor and has not taken medication during this period.

6.3. Under this Additional contract, the Insurer will not be responsible or owe any payments related, directly or indirectly, to a previous illness for which an insurance payment has already been made by the Insurer.

6.4. No benefit shall be payable under the Rider if the covered disease is caused either directly or indirectly from the following:

6.4.1. willful self inflicted injury or illness;

6.4.2. use of alcoholic beverages, substances and raw materials; alcoholism and alcoholic disease; addiction to or use of narcotic and / or narcotic and / or psychotropic substances; intoxications caused by the use of alcohol and / or the use of psychotropic, narcotic or hallucinogenic substances. In the event of Bodily Injury as a result of an accident, any use of alcohol above the maximum permissible limits set for motor vehicle drivers, according to the applicable regulations, is considered alcohol abuse and is not covered under this Additional Agreement;

6.4.3. the use by the Insured Person, in any capacity (driver or passenger) of a two- or three-wheeled road vehicle, (motorcycle, motor scooter, ATV, including one with an electric motor for propulsion, with or without a seat, with a maximum design power greater than 11 kW or 125 cc, or participation of the Insured in a competition with a motor vehicle on land, water or air, unless otherwise determined by a special Additional clause;

6.4.4. training or the use by the Insured, as a pilot or as a passenger of a glider, hang glider, paraglider, parachute or when participating in any other aerial flight in a capacity other than that of a passenger;

6.4.5. during the participation of the Insured Person in Risky or professional Sports

6.4.6. radiation, nuclear reaction or radioactive contamination;

6.4.7. poison, inhaled poisonous gases or vapors.

7. Termination of Benefit

7.1. Employee's coverage will automatically stop on the coverage anniversary after 70th birthday of the Insured.

7.2. In case of insurance payment of an employee, the coverage under this Additional Contract is terminated in respect of this employee .

The General Terms and Conditions of Group "Life" and "Accident" Insurance and the relevant legal provisions apply to all matters not covered by this Supplementary Contract.

These Special Provisions have been accepted by MetLife Europe d.a.c. - Bulgaria branch on 13.12.2022.

I have received, read and agree to these Special Provisions.



**Десислава Кънева
Представяващ**

**ДОПЪЛНИТЕЛЕН ДОГОВОР ГРУПОВА ЗАСТРАХОВКА СМЪРТ
ВСЛЕДСТВИЕ НА ЗАБОЛЯВАНЕ ИЛИ ЗЛОПОЛУКА****GROUP INSURANCE COVERAGE DEATH DUE TO SICKNESS OR
ACCIDENT****Специални условия**

Настоящите Специални условия (Допълнителен договор) представляват неразделна част от Застрахователния договор и са документ, обвързващ Застрахователя и Застрахования.

Този Допълнителен договор се прилага към установените от Застрахователя Общи условия за Груповата Полица „Живот“ и „Злополука“ и подписана Полица (Спецификационен лист), при което се прилага заедно и приоритетно спрямо Общите условия.

1. Общи разпоредби

1.1. Този Допълнителен договор е част от Застраховката и е валиден единствено ако в Полицата (Спецификационния лист) покритието е посочено като включено и съответната застрахователна сума за него е вписана в Таблицата на застрахователните плащания.

1.2. С този Допълнителен договор се застраховат лицата, за които е предоставен списък от Застрахования по Застраховката.

1.3. Предоставянето на покритие по Допълнителния договор изисква плащането на Премия. Размерът на същата е посочен в Полицата.

2. Дата на влизане в сила на Допълнителния договор

2.1. Датата на влизане в сила на Допълнителния договор е същата, която е посочена в Груповата полица, освен ако този Допълнителен договор не е приложен към Груповата полица на по-късна дата. В такъв случай Датата на влизане в сила на този Допълнителен договор ще бъде датата на съответната Допълнителна клауза.

3. Допустимост

3.1. По този Допълнителен Договор могат да бъдат застраховани Служители под **70 (седемдесет) навършени години към датата на застраховане/включване в покритието**. Съответният Служител трябва да е бил активно на работа към първоначалната дата на влизане в сила на този Допълнителен Договор.

3.2. Служители, в отпуск при временна неработоспособност при сключване на Допълнителния договор, отговарят на условията за включване в покритието по него от 00:01 часа на деня, в който се върнат на работа.

3.3. Служители, наети впоследствие, ще отговарят на условията от 00:01 часа на първия ден, следващ деня в който са наети на работа, като Застрахованият е задължен писмено да уведоми Застрахователя, като му предостави списък, освен ако не е уговорено друго.

3.4. В случаите, когато индивидуалната Застрахователна сума надхвърля Допустимата Застрахователна сума за групата, Застрахователят изисква от застрахования Служител предоставянето на доказателства за застраховане под формата на попълнена здравна декларация. Застрахователят си запазва правото да поиска предоставянето на допълнително доказателство, ако счете за уместно и необходимо.

3.5. Допустимата Застрахователна сума се определя на база броя на Застрахованите лица и Средната Застрахователна сума. Средната Застрахователна сума е равна на Максималната Застрахователна сума по покритие Живот или на Застрахователната сума за Трайно намалената работоспособност, която от тях е по-голяма (или само на едната от тях, ако в Груповата полица е договорено само едно покритие), разделена на Броя на Застрахованите Служители.

3.6. За определяне на увеличението на Застрахователните суми над Допустимата Застрахователна сума се прилага следната формула:

Общата Застрахователна сума намалена с Допустимата Застрахователна сума е равна на Заявеното увеличение.

3.7. Увеличението на застрахователните суми над Допустимата Застрахователна сума не влиза в сила, докато Застрахованият не предостави писмено уведомление до Застрахователя. В случай, че се дължи допълнителна премия, застрахователното покритие за увеличението влиза в сила от датата на получаването ѝ по банковата сметка на Застрахователя.

3.8. Попълване на Здравна декларация се изисква от всички:

3.8.1. по-късно постъпили кандидати за застраховане, чиято индивидуална Застрахователна сума надхвърля Допустимата Застрахователна сума за групата;

3.8.2. всички кандидати за застраховане над Допустимата Застрахователна сума;

3.8.3. отделни Служители, за които Застрахованият е пожелал увеличаване на сумите над Допустимата Застрахователна сума;

Group Special Provisions

These Special Provisions (Additional Agreement) constitute an integral part of the Insurance Contract and are a document binding the Insurer and the Policyholder.

This Additional Agreement applies to Group "Life" and "Accident" Policy's General Terms and Conditions established by the Insurer and to the signed Policy (Specification Page), where it is applied together with the General Terms and Conditions. In case of discrepancy or conflict with the General Terms and Conditions these Special Provisions shall prevail.

1. General Provisions

1.1. These Special Provisions are part of the Group Policy and are valid only if in the Policy Specification Page the coverage is indicated as included and the respective sum insured for it is entered in the Schedule of Benefits Table.

1.2. These Special Provisions are issued for insurance of the persons for whom a list has been provided by the Policyholder.

1.3. For the issue of these Special Provisions the payment of an amount of Premium is required. This amount appears in the Policy.

2. Effective Date of the Special Provisions

2.1. The date specified as the Effective Date of these Special Provisions shall be the same as that under the Group Policy unless these Special Provisions have been attached to the Group Policy or endorsed upon at a later date. In that case, the Effective Date under these Special Provisions will be that shown on the relevant endorsement.

3. Eligibility

3.1. Employees under 70 (seventy) years of age may be insured under this Agreement, provided that they were actively employed on the date of entry into force of the Policy.

3.2. All sick leave employees on the effective date of the policy shall be eligible from 00:01 on the day, when they return to the employee's service on a full-time permanent basis.

3.3. All subsequently hired employees shall be eligible from 00:01 on the first day after they are hired and the Policyholder shall provide a list to the Insurance company, unless something else has been agreed.

3.4. In cases, when the individual sum of insurance is in excess of the Free Sum Assured, an employee shall submit evidence of insurability satisfactory to the Insurance Company under the form of completed Health Questionnaire. The insurance company reserves its rights to request any other medical evidence of insurability considered necessary and appropriate,

3.5. Free Sum Assured is determined on the basis of the number of employee lives and the Average Sum Insured. Average sum insured = Maximum of the Volume of Term Life Insurance or Volume of Permanent Total Disability insurance, where both are applicable (or not), divided to Number of employees.

3.6. In order to determine life amounts in excess of the Free Sum Assured Amounts, the following formula is to be used:

Total Life Volume – Free Sum Assured = Excess Requested

3.7. Such excess coverage will not become effective until the Policyholder submits written notification to the Insurance Company. In case, that additional premium is due, the effective date of the Insurance coverage shall be the date, on which the additional premium is credited to the Insurance Company bank account.

3.8. Health Statement is required from all:

3.8.1. late applicants, whose individual Face Amount exceeds the Free Sum Assured for the group;

3.8.2. all applicants for Life coverage above Free Sum Assured level ;

3.8.3. individuals for whom the Policyholder requests excess amounts of Face Amount over the Free Sum Assured;

3.8.4. отделни Служители, за които Застраховачият е пожелал увеличение в покритието на Допълнителните Договори след първоначалния им избор.

3.9. Ако кандидатът за застраховане не предостави задоволителни доказателства за застраховане, същият ще бъде включен в покритията до размера на Допустимата Застрахователна сума за групата, но само в случай, че отговаря на следните изисквания:

3.9.1. е активно на работа;

3.9.2. не е постъпил в групата по-късно;

3.9.3. не са налични специално увеличение на премните или забрана за покритие.

4. Непрехвърляемост

4.1. Застраховката на Застрахован по този Допълнителен договор не може да се прехвърля.

5. Застрахователни плащания

5.1. Ако Служител почине докато е застрахован по Допълнителния договор, Застрахователят, след получаване на надлежно писмено доказателство за смъртта на Служителя, ще изплати Застрахователната сума, така както е договорено в Полицията.

6. Изключения от застрахователна отговорност на Застрахователя

6.1. Застрахователят няма да изплаща суми или да отговаря за каквото и да е искане във връзка с претенция за застрахователно плащане, в случай че Застрахован извърши самоубийство, независимо от психичното му състояние, в рамките на една година от датата на влизане в сила на покритието по този Допълнителен договор.

7. Изчисляване на Премните

7.1. Приложимият размер на годишната тарифна ставка е усреднена стойност, която зависи от възрастта, заниманието и броя на Членовете на групата, отговарящи на изискванията и се определя на годишна база. В случай, че покритието е със срок по-кратък от една година, то тогава премията се изчислява пропорционално на месечна база – 1/12.

7.2. При сключване на този Допълнителен договор, Застрахователят изчислява годишна тарифна ставка на премията на всеки 1 000 (хиляда) единици от общата застрахователна сума.

7.3. На всяка Годишнина на застрахователното покритие, или на коя и да е друга дата на падеж на премията, Застрахователят може да поиска размера на годишната тарифна ставка да бъде преразгледан в съответствие с посочените по-горе критерии.

7.4. Всеки годишен размер на премията по този Допълнителен договор ще бъде равен на произведението от общата застрахователна сума по Допълнителния договор в сила на датата на падежа на премията и годишната тарифна ставка.

8. Прекратяване на покритието

Покритието на всеки Застрахован незабавно се прекратява на годишнината на Допълнителния Договор следваща навършването на 70 (седемдесет) години от Застрахованото лице.

За всички въпроси, които не са уредени от този Допълнителен договор, се прилагат Общи условия за Групова Полица „Живот“ и „Злополука и съответните законови разпоредби.

Тези Специални условия са приети от MetLife Юрп д.а.к. – клон България на 13.12.2022 г.

Получих, запознах се и съм съгласен(а) с тези Специални Условия.

За Застраховачия по полицата

Подпис:

Име, презиме, фамилия на Застраховачия по полицата

Дата:

3.8.4. individuals for whom the Policyholder requests an increase in Supplemental Life coverage after their initial election.

3.9. If an applicant does not produce satisfactory Evidence of Insurability, the applicant would still qualify for coverage up to the Free Sum Assured level, as long as the person satisfies the following conditions:

3.9.1. is actively at work;

3.9.2. was not a late entrant;

3.9.3. does not currently have special loading or coverage restrictions.

4. No assignment

4.1. An Employee's insurance under this Special Provisions shall be non-assignable.

5. Death Benefit

5.1. If an Employee dies while insured under this Rider, the Insurance Company will, upon receipt of due written proof of the death of the Employee, pay the amount as agreed between parties.

6. Exclusions

6.1. If an employee commits suicide while sane, or insane within one year from the date of his coverage under this Rider commences, no benefits shall be payable.

7. Computation Of Premiums.

7.1. The applicable yearly premium rate is an average, which depends on the age and occupation of the insured employees and is calculated upon a yearly base. In cases, where the coverage is shorter than one year, than the premium is calculated proportional on a monthly base - 1/12.

7.2. At the issuance of this Special Provisions, the Insurance Company will calculate an average yearly premium rate per 1,000 (one thousand) points of the Total Insurance Sum.

7.3. On each Policy Anniversary following the Special Provisions Effective Date, or on any other premium due date the Insurance Company may require that the yearly average rate be re-determined, according to the mentioned criteria above.

7.4. Each yearly premium charge under this Special Provisions shall be equal to the product of the total amount of insurance in force under this Special Provisions on the due date of the premium and the average yearly rate then in effect.

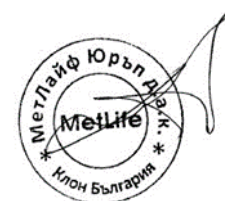
8. Termination of Benefit

Employee's coverage will automatically stop on the coverage anniversary after 70th birthday of the Insured.

The General Terms and Conditions of Group "Life" and "Accident" Insurance and the relevant legal provisions apply to all matters not covered by this Supplementary Contract.

These Special Provisions have been accepted by MetLife Europe d.a.c. - Bulgaria branch on 13.12.2022.

I have received, read and agree to these Special Conditions.



**Десислава Кънева
Представяващ**

ДОПЪЛНИТЕЛЕН ДОГОВОР ГРУПОВА ЗАСТРАХОВКА ТРАЙНА ЧАСТИЧНА НЕТРУДОСПОСОБНОСТ ВСЛЕДСТВИЕ НА ЗАБОЛЯВАНЕ ИЛИ ЗЛОПОЛУКА

GROUP SUPPLEMENTARY BENEFIT PERMANENT PARTIAL DISABILITY BENEFIT DUE TO SICKNESS OR ACCIDENT

Специални условия

Special Provisions

Настоящите Специални условия (Допълнителен договор) представляват неразделна част от Застрахователния договор и са документ, обвързващ Застрахователя и Застрахования.

These Special Provisions (Additional Agreement) constitute an integral part of the Insurance Contract and are a document binding the Insurer and the Policyholder.

Този Допълнителен договор се прилага към установените от Застрахователя Общи условия за Групова Полица „Живот“ и „Злополука“ и подписана Полица (Спецификационен лист), при което се прилага заедно и приоритетно спрямо Общите условия.

This Additional Agreement applies to Group "Life" and "Accident" Policy's General Terms and Conditions established by the Insurer and to the signed Policy (Specification Page), where it is applied together with the General Terms and Conditions. In case of discrepancy or conflict with the General Terms and Conditions these Special Provisions shall prevail.

1. Общи разпоредби

1. General Provisions

1.1. Този Допълнителен договор е част от Застраховката и е валиден единствено ако в Полицата (Спецификационния лист) покритието е посочено като включено и съответната застрахователна сума за него е вписана в Таблицата на застрахователните плащания.

1.1. These Special Provisions are part of the Group Policy and are valid only if in the Policy Specification Page the coverage is indicated as included and the respective sum insured for it is entered in the Schedule of Benefits Table.

1.2. С този Допълнителен договор се застраховат лицата, за които е предоставен списък от Застрахования по Застраховката.

1.2. These Special Provisions are issued for insurance of the persons for whom a list has been provided by the Policyholder.

1.3. Предоставянето на покритие по Допълнителния договор изисква плащането на Премия. Размерът на същата е посочен в Полицата.

1.3. For the issue of these Special Provisions the payment of an amount of Premium is required. This amount appears in the Policy.

2. Дефиниции

2. Definitions

2.1. Освен дефинициите, уговорени в приложимите Общи условия, по този Допълнителен договор се прилагат и следните специални дефиниции:

2.1. In addition to the definitions agreed in the applicable General Terms and Conditions, the following special definitions also apply under this Additional Agreement:

2.1.1. „Загуба“ означава постоянна и цялостна загуба на функционалното ползване или цялостното и постоянно отделяне:

2.1.1. „Loss“ wherever used in these Special Provisions means permanent and total loss of functional use or complete and permanent severance:

- във връзка с ръка или крак: в или над китката или ставата на глезена;
- във връзка с палеца и показалеца: в или над метакарпофалангеалната става;
- във връзка със зрението, слуха или говора: цялостната и невъзстановима загуба на зрение, слух или говор, удостоверено от лекар специалист по офталмология или отоларингология.
- включително всички загуби, изброени в **Таблица 1 - Схема на плащанията за трайна частична нетрудоспособност вследствие на заболяване или злополука.**

- with reference to hand or foot: at or above the wrist or ankle joint;
- with reference to Thumb and Index: at or above the metacarpal phalangeal joints.
- with reference to the sight, hearing or speech: the entire and irrecoverable loss of sight, hearing or speech as certified by a licensed Physician specializing in Ophthalmology or Otolaryngology.
- Including all losses listed in **Table 1 - SCHEDULE OF BENEFITS FOR Permanent Partial Disability DUE TO SICKNESS OR ACCIDENT**

2.1.2. „Трайна Частична Нетрудоспособност (ТЧН)“ се определя в настоящите Специални условия като пълна и невъзстановима **физическа загуба или невъзможност да се използва част от тялото**, описана в **Таблица 1** по-долу, без това да е свързано с професията или занятието на застрахованото лице. Всяко друго определение за трайна частична нетрудоспособност няма отношение към настоящия Допълнителен договор.

2.1.2. „Partial Permanent Disability (PPD)“ is defined in as the complete and irrecoverable physical loss or loss of use of any part of the body specified in the **Table 1** below, without reference to the profession or occupation of the Insured. Any other definition of partial permanent disability has no bearing on benefit payment.

В случай на частична загуба на някоя от изброените в **Таблица 1** части на тялото, Застрахователят ще определи пропорционално по-нисък процент на застрахователно плащане.

In the event of a partial permanent loss of any part of the body specified below in **Table 1**, a proportionately lower percentage of compensation shall be payable.

2.2. В случаите, когато в този Допълнителен договор са установени специфични изисквания/клаузи за Служители, с оглед спецификите на трудовото правоотношение, то тези изисквания/клаузи се прилагат и за другите валидни Групи, отговарящи на изискванията, по аналогия, доколкото това е приложимо.

2.2. In cases where specific requirements/clauses for Employees are established in this Supplementary Agreement, in view of the specifics of the employment relationship, these requirements/clauses shall also apply to the other valid Qualifying Groups, by analogy, as far as applicable.

3. Дата на влизане в сила на Допълнителния договор

3. Effective Date of the Special Provisions

3.1. Датата на влизане в сила на Допълнителния договор е същата, която е посочена в Груповата полица, освен ако този Допълнителен договор не е приложен към Груповата полица на по-късна дата. В такъв случай Датата на влизане в сила на този Допълнителен договор ще бъде датата на съответната Допълнителна клауза.

3.1. The date specified as the Effective Date of these Special Provisions shall be the same as that under the Group Policy unless these Special Provisions have been attached to the Group Policy or endorsed upon at a later date. In that case, the Effective Date under these Special Provisions will be that shown on the relevant endorsement.

4. Допустимост

4. Eligibility

4.1. По този Допълнителен Договор могат да бъдат застраховани Служители **под 70 (седемдесет) навършени години към датата на застраховане/включване в покритието.** Съответният Служител трябва да е бил активно на работа към първоначалната дата на влизане в сила на този Допълнителен Договор.

4.1. Employees under 70 (seventy) years of age may be insured under this Agreement, provided that they were actively employed on the date of entry into force of the Policy.

5. Непрехвърляемост

5.1. Застраховката на Застрахован по този Допълнителен договор не може да се прехвърля.

6. Застрахователни плащания

6.1. Когато в резултат на Злополука или Заболяване Застрахованият е претърпял Телесна повреда, не по-рано от 60 (шестдесет) дни - Изчаквателен период в случай на Заболяване след Датата на влизане в сила на този Допълнителен договор, която е довела до Трайна частична нетрудоспособност, както е определено по-горе, Застрахователят ще заплати на застрахованото лице сума, равна на процентите посочени в таблицата за специфични Телесни повреди **Таблица 1 - Схема на плащанията за трайна частична нетрудоспособност вследствие на заболяване или злополука**, умножена по Застрахователната сума, както е записана в Полицата. В случай на състояние на **трайна частична нетрудоспособност** вследствие на Злополука, такова състояние трябва да е започнало в рамките на 36 (тридесет и шест) месеца след датата на злополуката.

Независимо от изложеното по-горе няма да се прилагат никакви изчаквателни периоди, в случай, че Застрахованите лица са били покрити без прекъсване за Трайна частична нетрудоспособност при предишен застраховател.

6.2. При поискване от Застрахователя и за негова сметка, Застрахованото лице е задължено да се подложи на медицински преглед в рамките на 5 (пет) работни дни от посочен/и от Застрахователя лекар/и, във връзка с всяка декларирана Телесна повреда. Периодът за преглед може да бъде удължен единствено при наличие на специфични изисквания, свързани с медицинското състояние на Застрахованото лице. Заключение на лекар/и, посочен/и от Застрахователя за наличието и степента на Трайна частична нетрудоспособност ще бъде окончателно, и въз основа на него Застрахователят ще определи размера на застрахователното плащане.

6.3. При невъзможност да се използва част от тялото или загуба на слух, лекарят, посочен от Застрахователя, може да определи изчаквателен период не по-дълъг от 6 (шест) месеца от датата на предявяване на застрахователната претенция (иск за плащане), в случай че оценят нетрудоспособността за временна и подлежаща на възстановяване. Ако след изтичане на изчаквателния период е налице Трайна частична нетрудоспособност, както е описана в настоящите Специални условия, Застрахователят ще извърши застрахователно плащане, съгласно **Таблица 1 - Схема на плащанията за трайна частична нетрудоспособност вследствие на заболяване или злополука**.

6.4. В случай на смърт на Застрахованото лице, застрахователното покритие за Трайна частична нетрудоспособност се прекратява.

6.5. Застрахователната сума по този Допълнителен договор, така както е дефинирана и посочена, се изплаща веднъж или на части, но в никакъв случай не повече от 100% (сто процента) за целия период на действие на Застраховката.

6.6. Застрахователят си запазва правото да провери истинността на предоставените документи, чрез консултация с доверен лекар на компанията и в случай, че състоянието не бъде потвърдено, Застрахователят има право да отхвърли иска.

7. Изключения от застрахователна отговорност на Застрахователя

7.1. Ако не е заявено друго, Застрахователят няма да изплаща суми или да отговаря за каквото и да е искане във връзка с претенция, както и застрахователно плащане, предвидено по тези Специални условия не се дължи, ако Телесната повреда е причинени пряко или косвено, изцяло или частично от:

7.1.1. умишлено причинени от Застрахованото лице телесно нараняване или заболяване в състояние на вмениеост или невмениеост;

7.1.2. опит за самоубийство и последиците от него;

7.1.3. извършване, опит за извършване или подстрекаване към нападение или участие в размирици или терористичен акт;

7.1.4. война (обявена или необявена), военни действия или размирици, чуждестранни враждебни действия, тероризъм, враждебни или военни операции, възстание, граждански безредици, стачка, гражданска война, бунт, революция или държавен преврат, военно положение, положение на обсада, или всякакви събития и причини, водещи до прокламиране или въвеждане на военно положение или обсада; конфискация, карантина или национализация от или по заповед на правителствена, публична или местна власт; оръжия или инструменти с ядрена или радиоактивна сила, независимо дали във военно или мирно време;

7.1.5. по време на активна служба на Застрахованото лице в коя и да е военна сила, на която и да е държава,

7.1.6. извършване от Застрахования на деяние, което реализира състава на престъпление, или опит за извършване на престъпление, или деяние (действие или бездействие), с което Застрахованият реализира състава на административно нарушение, включително в случаите когато

5. No Assignment

5.1. An Employee's insurance under this Special Provisions shall be non-assignable.

6. Benefits

6.1. If an Employee becomes partially disabled, on a permanent basis, as a result of bodily injury or disease at least 60 (sixty) calendar days waiting period after he becomes insured under these Special provisions, the Company will pay to the Beneficiary an amount equal to the percentage stated in the **Table 1 - SCHEDULE OF BENEFITS FOR Permanent Partial Disability DUE TO SICKNESS OR ACCIDENT**, for a specific Bodily Injury times the Face Amount as stated in the Schedule of Benefits, provided that such Permanent Partial Disability occurs within 36 (thirty six) months after the date of Accident, in case the Accident is what caused such Permanent Partial Disability.

Notwithstanding the above, no deferral periods shall be applied in the event that the Insured Persons have been covered for Permanent Partial Disability coverage with a previous insurer without any coverage interruption.

6.2. At the request of the Insurer and at his expense, the Insured Person is obliged to undergo a medical examination within 5 (five) working days by a doctor specified by the Insurer, in connection with any declared Bodily Injury. The review period can only be extended if there are specific requirements related to the Insured Person's medical condition. The conclusion of the doctor/s specified by the Insurer on the presence and degree of Permanent Partial Disability will be final and based on it the Insurer will determine the amount of the insurance payment.

6.3. In case of inability to use a part of the body (loss of use) or loss of hearing, the doctor specified by the Insurer may determine a waiting period of no more than 6 (six) months from the date of filing the insurance claim (claim for payment) in case they assess the disability as temporary and subject to recovery. If, after the expiry of the waiting period, there is Permanent Partial Incapacity, as described in these Special Conditions, the Insurer will make an insurance payment, according to **Table 1 - Scheme of payments for permanent partial disability due to sickness or accident**.

6.4. In case of death of the Insured Person, the insurance coverage for Permanent Partial Disability is terminated.

6.5. The Sum Insured under this Additional Contract, as defined and specified, is paid once or in installments, but in no case more than 100% (one hundred percent) for the entire period of validity of the Insurance.

6.6. The Insurer reserves the right to verify the authenticity of the documents provided, by consulting a trusted doctor of the company, and in case the condition is not confirmed, the Insurer has the right to reject the claim.

7. Exclusions from insurance liability of the Insurer

7.1. Unless otherwise stated, the Insurer shall not make payments or be liable for any claim in connection with, and insurance payment provided for under these Special Conditions shall not be due, if the Bodily Injury is caused directly or indirectly, in full or in part by:

7.1.1. Bodily Injury or illness intentionally caused by the Insured Person in a state of sanity or insanity;

7.1.2. attempted suicide and its consequences;

7.1.3. committing, attempting to commit or inciting an assault or crime or engaging in a riot or terrorist act;

7.1.4. war (declared or undeclared), hostilities or disturbances, foreign hostilities, terrorism, hostile or military operations, insurrection, civil disorder, strike, civil war, insurrection, revolution or coup d'état, martial law, state of siege, or any events and causes leading to the proclamation or imposition of martial law or siege; confiscation, quarantine or nationalization by or by order of a governmental, public or local authority; weapons or instruments of nuclear or radioactive force, whether in wartime or peacetime; service in the military forces of a country at war or participating in military exercises; or performing police duties as a member of a military or naval organization;

7.1.5. during the Insured's active service in any military force of any country;

7.1.6. commission by the Insured of an act that realizes the composition of a crime, or of an attempt to commit a crime, or of an act (action or inaction) with which the Insured realizes the composition of an administrative violation, including in cases where the Insured realizes an administrative-criminal or criminal composition in a

Застрахованият реализира административно-наказателен или наказателен състав в състояние на невменяемост;

7.1.7. употреба на алкохолосъдържащи напитки, вещества и суровини; алкохолизъм и алкохолна болест; пристрастеност към или употреба на наркотични и/или упойващи, и/или психотропни вещества; интоксикации, причинени от употреба на алкохол и/или използване на психотропни, наркотични или халюциногенни вещества. В случай на Телесна повреда вследствие на злополука, всяка употреба на алкохол над максимално допустимите лимити, определени за водачи на МПС, съгласно приложимите разпоредби, се счита за злоупотреба с алкохол и не се покрива по настоящия Допълнителен договор;

7.1.8. ползването от Застрахованото лице, в каквото и да е качество (водач или пътник) на дву- или триколесно пътно превозно средство, мотоциклет, моторен скутер, ATV, включително такава с електрически двигател за задвижване, с или без място за сядане, с максимална конструктивна мощност по-голяма от 11 kW или 125 куб. см., или участие на Застрахованото лице в състезание с моторно средство по суша, вода или въздух, освен ако не е определено друго със специална Допълнителна клауза;

7.1.9. тренировки или ползването от страна на Застрахованото лице като пилот или като пътник на планер, делтапланер, парапланер, парашут, или при участие в каквото и да е друг въздушен полет в качество, различно от това на пътник;

7.1.10. по време на участието на Застрахованото лице в Рисков или професионален спорт;

7.1.11. в резултат на полет, като пътник или по друг начин в самолет или друг вид въздухоплавателно средство, с изключение на полет като пътник в самолет, обслужван от авиационна компания по определено разписание, извършван по установен пътнически маршрут;

7.1.12. телесни наранявания, повреди или заболявания, възникнали преди влизането в сила на Застрахователното покритие, с изключение на такива, които не са имали проявление през последните 10 години преди началото на застрахователното покритие и Застрахованото лице не е било прегледано, консултирано, лекувано или проследявано от лекар и не е приемало медикаменти през този период;

7.1.13. всяко Предшестващо състояние, с изключение на такива, които не са имали проявление през последните 10 години преди началото на застрахователното покритие и Застрахованото лице не е било прегледано, консултирано, лекувано или проследявано от лекар и не е приемало медикаменти през този период;

7.1.14. в случаите когато застрахованото лице е от женски пол, Застрахователят няма да дължи плащане по настоящите Специални Условия за каквото и да е искане във връзка с бременност, раждане и/или аборт;

7.1.15. заболявания на нервната система или психични заболявания.

8. Прекратяване на покритието

Покритието на всеки Застрахован незабавно се прекратява на годишнината на Допълнителния Договор следваща навършването на 70 (седемдесет) години от Застрахованото лице.

state of insanity;

7.1.7. use of alcoholic beverages, substances and raw materials; alcoholism and alcoholic disease; addiction to or use of narcotic and/or narcotic and/or psychotropic substances; intoxications caused by the use of alcohol and/or the use of psychotropic, narcotic or hallucinogenic substances. In the event of an accident, any use of alcohol above the maximum permissible limits set for motor vehicle drivers, according to the applicable regulations, is considered alcohol abuse and is not covered under this Supplementary Agreement;

7.1.8. the use by the Insured Person, in any capacity (driver or passenger) of a two- or three-wheeled road vehicle, (motorcycle, motor scooter, ATV, including one with an electric motor for propulsion, with or without a seat, with a maximum design power greater than 11 kW or 125 cc, or participation of the Insured in a competition with a motor vehicle on land, water or air, unless otherwise determined by a special Additional clause;

7.1.9. training or the use by the Insured, as a pilot or as a passenger of a glider, hang glider, paraglider, parachute or when participating in any other aerial flight in a capacity other than that of a passenger;

7.1.10. during the participation of the Insured Person in Risky or professional Sports;

7.1.11. as a result of a flight, as a passenger or otherwise, in an aircraft or other type of aircraft, except for a flight as a passenger in an aircraft operated by an airline on a fixed schedule, with established passenger route

7.1.12. bodily injury, damage or illness that occurred prior to the entry into force of this Additional Contract, except for those that did not occur in the last 10 years before the start of insurance coverage and the Insured Person was not examined, consulted, treated or followed up by doctor and did not take medication during this period;

7.1.13. any Pre-existing condition, except for those that did not occur in the last 10 years prior to the commencement of insurance coverage and the Insured Person was not examined, consulted, treated or monitored by a physician and did not take medication during that period;

7.1.14. in cases where the insured person is female, the Company will not owe payment under these Special Conditions for any claim related to pregnancy, childbirth and/or abortion;

7.1.15. diseases of the nervous system or mental illness.

8. Termination of Coverage

Employee's coverage will automatically stop on the coverage anniversary after 70th birthday of the Insured.

Таблица 1 - Схема на плащанията за трайна частична нетрудоспособност вследствие на заболяване или злополука.

Описание на Трайна Частична Нетрудоспособност	% от Застрахователната сума
Загуба на ръка между рамото и китката	50
Загуба на ръка от китката надолу	50
Загуба на четири пръста и палец	40
Загуба на четири пръста	35
Загуба на цял палец	25
Загуба на цял показалец	10
Загуба на цял среден пръст	6
Загуба на цял безимен пръст	5
Загуба на малък пръст	4
Загуба на цяло бедро	50
Загуба на крак над коляното	50
Загуба на крак под коляното	35
Загуба на всички пръсти на краката	15
Загуба на едно око	50
Загуба на слуха на двете уши	50
Загуба на слуха на едното ухо	15
Загуба на палец на крака	5
Загуба на пръст на крака различен от палеца, ако повече от един, за всеки един	1

* Сумата на застрахователните плащания с натрупване за трайна частична нетрудоспособност няма да надвишава максимума от 100% от

Table 1 - Scheme of payments for Permanent Partial Disability due to sickness or accident

Description of Permanent Partial Disability	% of Face Amount
Loss of arm between shoulder and wrist	50
Loss of hand below wrist	50
Loss of four fingers and thumb	40
Loss of four fingers	35
Loss of whole thumb	25
Loss of whole index finger	10
Loss of whole middle finger	6
Loss of whole ring finger	5
Loss of whole little finger	4
Loss of leg at hip	50
Loss of leg between knee and hip	50
Loss of leg below knee	35
Loss of all toes	15
Loss of one eye	50
Deafness of both ears	50
Deafness of one ear	15
Loss of great toe	5
Loss of other than great toe, if more than one toe lost, each	1

* Cumulative payment for Permanent Partial Disability shall not exceed a maximum of 100% of the Insurance benefit for as long as these Special Provisions

Застрахователната сума по настоящите Специални условия докато те са в сила. are in effect.

За всички въпроси, които не са уредени от този Допълнителен договор, се прилагат Общи условия за Групова Полица „Живот“ и „Злополука и съответните законови разпоредби.

The General Terms and Conditions of Group "Life" and "Accident" Insurance and the relevant legal provisions apply to all matters not covered by this Supplementary Contract.

Тези Специални условия са приети от МетЛайф Юръл д.а.к. – клон България на 13.12.2022 г.

These Special Provisions have been accepted by MetLife Europe d.a.c. - Bulgaria branch on 13.12.2022.

Получих, запознах се и съм съгласен(а) с тези Специални Условия.

I have received, read and agree to these Special Conditions

За Застрахования по полицата

Подпис:



Име, презиме, фамилия на Застрахования по полицата

Дата:

Десислава Кънева
Представяващ

ДОПЪЛНИТЕЛЕН ДОГОВОР ГРУПОВА ЗАСТРАХОВКА ТРАЙНО НАМАЛЕНА РАБОТОСПОСОБНОСТ ВСЛЕДСТВИЕ НА ЗАБОЛЯВАНЕ ИЛИ ЗЛОПОЛУКА

GROUP TOTAL PERMANENT DISABILITY BENEFIT DUE TO SICKNESS OR ACCIDENT

Специални условия

Настоящите Специални условия (Допълнителен договор) представляват неразделна част от Застрахователния договор и са документ, обвързващ Застрахователя и Застрахования.

Този Допълнителен договор се прилага към установените от Застрахователя Общи условия за Групова Полица „Живот“ и „Злополука“ и подписана Полица (Спецификационен лист), при което се прилага заедно и приоритетно спрямо Общите условия.

1. Общи разпоредби

1.1. Този Допълнителен договор е част от Застраховката и е валиден единствено ако в Полицата (Спецификационния лист) покритието е посочено като включено и съответната застрахователна сума за него е вписана в Таблицата на застрахователните плащания.

1.2. С този Допълнителен договор се застраховат лицата, за които е предоставен списък от Застрахования по Застраховката.

1.3. Предоставянето на покритие по Допълнителния договор изисква плащането на Премия. Размерът на същата е посочен в Полицата.

2. Дефиниции

2.1. Освен дефинициите, уговорени в приложимите Общи условия, по този Допълнителен договор се прилага и следната специална дефиниция:

“Трайно намалената работоспособност вследствие на Заболяване и Злополука“ е състояние на намалена работоспособност вследствие на Заболяване или Злополука, което е възникнало за първи път след влизане в сила на Застрахователното покритие, удостоверено с Експертно решение за трайно намалена работоспособност най-малко 70% (седемдесет процента), издадено от компетентен орган съгласно българското законодателство, и което състояние не се дължи на Предшестващо състояние, за което вече има взето Експертно решение за трайно намалена работоспособност най-малко 50% (петдесет процента).

Процентът на трайно намалената работоспособност се определя от съответния компетентен орган, който извършва експертиза на трайно намалената работоспособност, съгласно българското законодателство.

2.2. В случаите, когато в този Допълнителен договор са установени специфични изисквания/клаузи за Служители, с оглед спецификите на трудовото правоотношение, то тези изисквания/клаузи се прилагат и за другите валидни Групи, по аналогия, доколкото това е приложимо.

3. Дата на влизане в сила на Допълнителния договор

3.1. Датата на влизане в сила на Допълнителния договор е същата, която е посочена в Груповата полица, освен ако този Допълнителен договор не е приложен към Груповата полица на по-късна дата. В такъв случай Датата на влизане в сила на този Допълнителен договор ще бъде датата на съответната Допълнителна клауза

4. Допустимост

4.1. По този Допълнителен Договор могат да бъдат застраховани Служители под **70 (седемдесет) навършени години към датата на застраховане/включване в покритието**. Съответният Служител трябва да е бил активно на работа към първоначалната дата на влизане в сила на този Допълнителен Договор.

4.2. Служители, в отпуск при временна неработоспособност при сключване на Допълнителния договор, отговарят на условията за включване в покритието по него от 00:01 часа на деня, в който се върнат на работа.

4.3. Служители, наети впоследствие ще отговарят на условията от 00:01 часа на първия ден, следващ деня в който са наети на работа, като Застрахованият е задължен писмено да уведоми Застрахователя, като му предостави списък, освен ако не е уговорено друго.

4.4. В случаите, когато индивидуалната Застрахователна сума надхвърля Допустимата Застрахователна сума за групата, Застрахователят изисква от застрахования Служител предоставянето на доказателства за застраховане под формата на попълнена здравна декларация. Застрахователят си запазва правото да поиска предоставянето на допълнително доказателство, ако счете за уместно и необходимо.

4.5. Допустимата Застрахователна сума се определя на база броя на Застрахованите лица и Средната Застрахователна сума. Средната

Group Special Provisions

These Special Provisions (Additional Agreement) constitute an integral part of the Insurance Contract and are a document binding the Insurer and the Policyholder.

This Additional Agreement applies to Group "Life" and "Accident" Policy's General Terms and Conditions established by the Insurer and to the signed Policy (Specification Page), where it is applied together with the General Terms and Conditions. In case of discrepancy or conflict with the General Terms and Conditions these Special Provisions shall prevail.

1. General Provisions

1.1. These Special Provisions are part of the Group Policy and are valid only if in the Policy Specification Page the coverage is indicated as included and the respective sum insured for it is entered in the Schedule of Benefits Table.

1.2. These Special Provisions are issued for insurance of the persons for whom a list has been provided by the Policyholder.

1.3. For the issue of these Special Provisions the payment of an amount of Premium is required. This amount appears in the Policy.

2. Definitions

2.1. In addition to the definitions agreed in the applicable General Terms and Conditions, the following special definition also applies to this Rider:

“Total Permanent Disability” an event that occurred during the policy lifetime as a result of an accident or sickness that led to an Expert Decision for permanently reduced working capacity issued to the Insured of at least 70 (seventy) percentage, which event is not related directly or indirectly to Preexisting Condition with already issued Expert Decision for permanently reduced working capacity to the same Insured of at least 50 (fifty) percentage.

The percentage of permanently reduced working capacity shall be determined by the respective competent body of the working capacity medical expertise in Bulgaria.

2.2. In cases where specific requirements/clauses for Employees are established in this Additional Agreement, in view of the specifics of the employment relationship, these requirements/clauses shall also apply to the other valid Groups, by analogy, to the extent applicable.

3. Effective Date of the Special Provisions

3.1. The date specified as the Effective Date of these Special Provisions shall be the same as that under the Group Policy unless these Special Provisions have been attached to the Group Policy or endorsed upon at a later date. In that case, the Effective Date under these Special Provisions will be that shown on the relevant endorsement.

4. Eligibility

4.1. Employees under 70 (seventy) years of age may be insured under this Agreement, provided that they were actively employed on the date of entry into force of the Policy.

4.2. All sick leave employees on the effective date of the policy shall be eligible from 00:01 on the day, when they return to the employee's service on a full-time permanent basis.

4.3. All subsequently hired employees shall be eligible from 00:01 on the first day after they are hired and the Policyholder shall provide a list to the Insurance company, unless something else has been agreed.

4.4. In cases, when the individual sum of insurance is in excess of the Free Sum Assured, an employee shall submit evidence of insurability satisfactory to the Insurance Company under the form of completed Health Questionnaire. The insurance company reserves its rights to request any other medical evidence of insurability considered necessary and appropriate,

4.5. Free Sum Assured is determined on the basis of the number of employee lives and the Average Sum Insured. Average sum insured = Maximum of the Volume of

Застрахователна сума е равна на Максималната Застрахователна сума по покритие Живот или на Застрахователната сума за Трайно намалената работоспособност, която от тях е по-голяма (или само на едната от тях, ако в Груповата полица е договорено само едно покритие) разделена на Броя на Застрахованите Служители.

4.6. За определяне на увеличението на застрахователните суми над Допустимата Застрахователна сума се прилага следната формула:

Общата Застрахователна сума намалена с Допустимата Застрахователна сума е равна на Заявеното увеличение.

4.7. Увеличението на Застрахователните суми над Допустимата Застрахователна сума не влиза в сила, докато Застраховачият не предостави писмено уведомление до Застрахователя. В случай, че се дължи допълнителна премия, застрахователното покритие за увеличението влиза в сила от датата на получаването ѝ по банковата сметка на Застрахователя.

4.8. Попълване на Здравна декларация се изисква от всички:

4.8.1. По-късно постъпили кандидати за застраховане, чиято индивидуална застрахователна сума надхвърля Допустимата Застрахователна сума за групата;

4.8.2. Всички кандидати за застраховане над Допустимата Застрахователна сума;

4.8.3. Отделни Служители, за които Застраховачият е пожелал увеличаване на сумите над Допустимата Застрахователна сума, след одобрение от Застрахователя;

4.8.4. Отделни Служители, за които Застраховачият е пожелал увеличение в покритието на Допълнителните Договори след първоначалния му избор, след одобрение от Застрахователя.

4.9. Ако кандидатът за застраховане не предостави задоволителни доказателства за застраховане, същият ще бъде включен в покритието до размера на Допустимата Застрахователна сума за групата, но само в случай, че отговаря на следните изисквания:

4.9.1. е активно на работа;

4.9.2. не е постъпил в групата по-късно;

4.9.3. не са налични специално увеличение на премиите или забрана за покритие.

5. Непрехвърляемост

5.1. Застраховката на Застрахован по този Допълнителен договор не може да се прехвърля.

6. Застрахователни плащания

6.1. Когато в резултат на Заболяване или Злополука Застрахованото лице е в състояние на трайно намалена работоспособност, следствие на което му бъдат определени най-малко 70% (седемдесет процента) трайно намалена работоспособност с Експертно решение, издадено от съответния компетентен орган, съгласно българското законодателство, Застрахователят ще изплати сума равна на Застрахователната сума, така както е посочена в Полицата. В случай на състояние на Трайно намалената работоспособност следствие на Злополука, такова състояние трябва да е започнало в рамките на 36 (тридесет и шест) месеца след датата на злополуката.

6.2. Застрахователят извършва Застрахователното плащане по начина, както е указан в Полицата.

6.3. Застрахователното плащане, когато покритието е следствие на заболяване или злополука (не само следствие на злополука) може да бъде извършено по следните два начина по избор, който се прави при сключване на Допълнителния договор:

А) на 60 (шестдесет) равни месечни вноски. Първото плащане ще се дължи след предоставяне на Експертното решение за трайно намалена работоспособност, или

Б) цялата сума, след предоставяне на Експертното решение за трайно намалена работоспособност .

6.4. В случай на смърт на Застрахованото лице, застрахователното покритие за Трайно намалената работоспособност се прекратява.

6.5. Ако Застрахованото лице почине след представяне на Застрахователя на надлежно доказателство за нетрудоспособността, и:

6.5.1. избраната от него схема на плащания, следвайки Полицата е по точка **6.3.** буква Б) по-горе, тоест на 60 равни месечни вноски - това покритие се прекратява и никакви последващи плащания няма да бъдат дължими, независимо дали вече са започнали такива или не; или

6.5.2. избраната от него схема на плащания, следвайки Полицата е по точка **6.3.** буква Б) по-горе, тоест незабавно плащане – Застрахователят ще изплати на Бенефициера Застрахователната сума за Трайно намалената работоспособност, така като е записано в Полицата и веднага след това ще прекрати покритието за Трайно намалената работоспособност.

6.6. Ако Застраховачият или Застрахованото лице подаде иск за изплащане на застрахователна претенция за Трайно намалената работоспособност, но преди датата на влизане в сила на Застрахователното покритие по този Допълнителен договор вече е имало издадено Експертно решение за Трайно намалената

Term Life Insurance or Volume of Permanent Total Disability insurance, where both are applicable (or not), divided to Number of employees.

4.6. In order to determine life amounts in excess of the Free Sum Assured Amounts, the following formula is to be used:

Total Life Volume – Free Sum Assured = Excess Requested

4.7. Such excess coverage will not become effective until the Insurance Company receives written notification by the Policyholder. In case, that additional premium is due, the effective date of the Insurance coverage shall be the date, on which the additional premium is credited to the Insurance Company bank account.

4.8. Health Statement is required from all:

4.8.1. Late applicants, whose individual sum insured exceeds the free sum insured for the group;

4.8.2. All applicants for life coverage (above Free Sum Assured level);

4.8.3. Individuals for whom the Policyholder requests excess amounts of Life Insurance (over the Free Sum Assured);

4.8.4. Individuals for whom the Policyholder requests an increase in Supplemental Life coverage after their initial election.

4.9. If an applicant does not produce satisfactory Evidence of Insurability, the applicant would still qualify for coverage up to the Free Sum Assured level, as long as the person satisfies the following conditions:

4.9.1. is actively at work;

4.9.2. was not a late entrant;

4.9.3. does not currently have special loading or coverage restrictions.

5. NO ASSIGNMENT

5.1. An Employee's insurance under this Special Provisions shall be non-assignable.

6. Insurance Payments

6.1. When, as a result of a Sickness or Accident, the Insured Person is in a state of permanently reduced working capacity, as a result of which at least 70 (seventy) percent permanently reduced working capacity is determined by an Expert Decision issued by the relevant competent authority under Bulgarian law, the Insurer shall pay an amount equal to the Sum Insured as specified in the Specification Page. In the case of a condition of Permanent Total Disability as a Result of an Accident, such condition must have commenced within 36 (thirty-six) months after the date of the accident.

6.2. The Insurer shall make the Insurance Payment in the manner specified in the Specification Page of the Policy.

6.3. The insurance payment, when the coverage is due to sickness or accident (not only due to accident) can be made in the following two ways of choice, which is made at the Policy conclusion:

A) in 60 (sixty) equal monthly installments. The first payment will be due after the issuance and providing of the Expert Decision for permanently reduced working capacity, or

B) the full amount after providing Expert Decision for permanently reduced working capacity.

6.4. In case of death of the Insured Person, the insurance coverage for Permanent Total Disability is terminated.

6.5. If the Insured person dies after presenting to the Insurer of proper proof of Permanent Total Disability:

6.5.1. and the payment scheme chosen by him, following the Specification Page of the Policy is under point **6.3.** A) above – on 60 equal installments - the Insurance under this coverage is terminated and no subsequent payments will be due, whether they have already started or not;

6.5.2. and the payment scheme chosen by him, following the Specification Page of the Policy is under point **6.3.** B) above – immediate payment - the Insurer will pay to the Beneficiary the Face Amount as specified in the Special Conditions of the Policy and immediately thereafter terminate coverage for Permanent Total Disability.

6.6. If the Policyholder or the Insured person submitted a claim for payment of Permanent Total Disability, but before the date of entry into force of the Insurance Coverage an Expert Decision for permanently reduced working capacity of 50

работоспособност от 50 (петдесет) или повече процента, никакви плащания няма да са дължими за това Застраховано лице.

6.7. Ако Трайно намалената работоспособност се прекрати преди да бъдат изплатени всички месечни вноски, когато избраната схема на плащания, е тази по точка 6.3., буква А) по-горе, то никакви по-нататъшни плащания на месечни вноски няма да се дължат от Застрахователя.

6.8. В случай че представеното Експертното решение за трайно намалена работоспособност е със срок, изтичащ преди да бъдат изплатени всички месечни вноски по точка 6.3., буква А) по-горе, то плащанията се спират на датата на изтичане на срока на Експертното решение и възобновяват само в случай, че бъде представено ново Експертното решение за трайно намалена работоспособност, което да удостоверява, че трайно намалената работоспособност продължава и след датата на изтичане на предходното Експертното решение за трайно намалена работоспособност, без прекъсване на срока на инвалидизация.

6.9. Застрахователната сума по този Допълнителен договор, така както е дефинирана и посочена, се изплаща веднъж или на части, но в никакъв случай не повече от 100% (сто процента) за целия период на действие на Застраховката.

6.10. Застрахователят си запазва правото да провери истинността на предоставените документи, чрез консултация с доверен лекар на компанията и в случай, че състоянието не бъде потвърдено, Застрахователят има право да отхвърли иска.

6.11. Застрахователят си запазва правото във всички случаи на изплащане на вноски по избраната схема на плащания по точка 6.3., буква А) по-горе, да изисква доказателства, удостоверяващи продължаващо състояние на трайно намалената работоспособност на Застрахования, независимо от срока на представеното Експертното решение за трайно намалена работоспособност, както и да спре или откаже плащания на вноски при непредставяне на такива убедителни доказателства.

7. Изключения от застрахователна отговорност на Застрахователя

Ако не е заявено друго, Застрахователят няма да изплаща суми или да отговаря за каквото и да е искане във връзка с претенции, както и застрахователно плащане, предвидено по тези Специални условия не се дължи, ако:

7.1. преди Датата на влизане в сила на Допълнителния договор за това Застраховано лице вече е издадено Експертно решение за Трайно намалената работоспособност от 50% (петдесет) или повече процента;

7.2. е резултат от опит за самоубийство, независимо от психичното състояние на Застрахованото лице;

7.3. е възникнало като резултат от самонараняване или каквато и да е Телесна повреда умишлено самопричинена от Застрахованото лице в нормално психическо състояние или ако е душевно болен.

8. Изчисляване на Премията

8.1. Приложимият размер на годишната тарифна ставка е усреднена стойност, която зависи от възрастта, заниманието и броя на Членовете на групата, отговарящи на изискванията и се определя на годишна база. В случай, че покритието е със срок по-кратък от една година, то тогава премията се изчислява пропорционално на месечна база – 1/12.

8.2. При сключване на този Допълнителен договор, Застрахователят изчислява годишна тарифна ставка на премията на всеки 1 000 (хиляда) единици от общата застрахователна сума.

8.3. На всяка Годишнина на застрахователното покритие, или на коя и да е друга дата на падеж на премията, Застрахователят може да поиска размера на годишната тарифна ставка да бъде преразгледан в съответствие с посочените по-горе критерии.

8.4. Всеки годишен размер на премията по този Допълнителен договор ще бъде равен на произведението от общата застрахователна сума по Допълнителния договор в сила на датата на падежа на премията и годишната тарифна ставка.

(fifty) or more percent has already been issued, no payments will be made under these Special Conditions for that Insured Person.

6.7. If Permanent Total Disability terminates before all installments under this provision have been paid, no further insurance payments shall be due.

6.8. In the event that the presented Expert decision for permanently reduced working capacity has a term expiring before all monthly installments under point 6.3., letter A) above are paid, all further payments will be stopped on the date of expiry of the Expert decision. The company will resume the payments only if a new Expert decision for permanently reduced working capacity is presented, certifying that the permanently reduced working capacity continues after the expiry date of the previous and without interrupting the term of invalidity.

6.9. The Sum Insured under this Rider, as defined and specified, is paid once or in installments, but in no case more than 100% (one hundred percent) for the entire period of validity of the Insurance.

6.10. The Insurer reserves the right to verify the authenticity of the documentation submitted by the person authorized to receive the Insurance Benefit and to engage additional opinions of specialists. In case of contradiction with the authenticity of the submitted documents, the Insurer has the right to refuse payment.

6.11. The Insurer reserves the right in all cases of payment of installments under the selected payment scheme under point 6.3., letter A) above, to demand evidence certifying a continuing state of the permanently reduced working capacity of the Insured, regardless of the term of the presented Expert Decision for permanently reduced capacity, as well as to suspend or refuse installment payments in the absence of such convincing evidence.

7. Exclusions from insurance liability of the Insurer

Unless otherwise stated, the Insurer shall not make payments or be liable for any claim in connection with, and insurance payment provided for under these Special Conditions shall not be due, if :

7.1. prior to the Effective Date of the Additional Contract, an Expert Decision for permanently reduced working capacity working capacity of 50% (fifty) percent or more has already been issued for that Insured Person;

7.2. during commitment fo suicide while sane, or insane, no benefits shall be payable in case such are directly related with that try;

7.3. has occurred as a result of self-inflicted injury or any Bodily Injury intentionally self-inflicted by the Insured Person in a normal state of mind or if mentally ill.

8. Computation Of Premiums.

8.1. The applicable yearly premium rate is an average, which depends on the age, gender and occupation of the insured employees and is calculated upon a yearly base. In cases, where the coverage is shorter than one year, than the premium is calculated proportional on a monthly base - 1/12.

8.2. At the issuance of this Special Provisions, the Insurance Company will calculate an average yearly premium rate per 1,000 (one thousand) points of the Total Insurance Sum.

8.3. On each Policy Anniversary following the Special Provisions Effective Date, or on any other premium due date the Insurance Company may require that the yearly average rate be re-determined, according to the mentioned criteria above.

8.4. Each yearly premium charge under this Special Provisions shall be equal to the product of the total amount of insurance in force under this Special Provisions on the due date of the premium and the average yearly rate then in effect.

9. Прекратяване на застрахователното покритие

9.1. Покритието на всеки Застрахован незабавно се прекратява на годишнината на Допълнителния Договор следваща навършването на 70 (седемдесет) години от Застрахованото лице.

За всички въпроси, които не са уредени от този Допълнителен договор, се прилагат Общи условия за Групова Полица „Живот“ и „Злополука и съответните законови разпоредби.

Тези Специални условия са приети от MetLife Юрп д.а.к. – клон България на 13.12.2022 г., последно обновени на 02.03.2023.

Получих, запознах се и съм съгласен(а) с тези Специални Условия.

За Застрахования по полицата

Подпис:

Име, презиме, фамилия на Застрахования по полицата

Дата:

9. Termination of Coverage

9.1. Employee's coverage will automatically stop on the coverage anniversary after 70th birthday of the Insured.

The General Terms and Conditions of Group "Life" and "Accident" Insurance and the relevant legal provisions apply to all matters not covered by this Supplementary Contract.

These Special Provisions have been accepted by MetLife Europe d.a.c. - Bulgaria branch on 13.12.2022., last updated on 02.03.2023.

I have received, read and agree to these Special Provisions.



Десислава Кънева
Представяващ