

Претенция № .....

(попълва се от застрахователя)

Уведомление – Претенция за изплащане на застрахователна сума

по полица № .....

От \_\_\_\_\_ ЕГН | | | | | | | | | | | | | | | |  
(име, презиме и фамилия)

в качеството си на:  застраховано лице  упълномощен представител  наследник на

\_\_\_\_\_ ЕГН | | | | | | | | | | | | | | | |  
(име, презиме и фамилия)

Адрес за кореспонденция: град/село \_\_\_\_\_, област \_\_\_\_\_,

ул./ж.к. \_\_\_\_\_, № \_\_\_\_\_, бл. \_\_\_\_\_, вх. \_\_\_\_\_, ап. \_\_\_\_\_

Телефон за контакт \_\_\_\_\_

ЕЛЕКТРОННА ПОЩА \_\_\_\_\_

Желая да получавам официална кореспонденция по следния начин (моля отбележете с X):

ПО ЕЛЕКТРОННА ПОЩА (с това считам писмената форма на уведомяване за спазена)

На адрес за кореспонденция

Чрез застрахователен брокер \_\_\_\_\_  
(име на брокера)

Вид събитие:  смърт от заболяване  смърт от злополука  медицински разходи, вкл. за транспорт

Дата на събитието: \_\_\_\_\_

Общо претендирана сума: \_\_\_\_\_

Информация за събитието:

(моля опишете подробно произхода и естеството на заболяването или злополуката – време и място на протичане, вид увреждане, дата и лечебно заведение на първа медицинска консултация)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Прилагам следните документи:

- Амбулаторен лист/медицински документ от преглед \_\_\_\_\_ бр.
- Епикриза за проведено болнично лечение № \_\_\_\_\_
- Фактури за медицински услуги и лекарства с фискални бонове в оригинал №№ \_\_\_\_\_

---

- Резултати от проведени изследвания \_\_\_\_\_ бр.
- Рецепта, в случаите в които същите не са описани в медицинския документ
- Други документи, издадени за конкретния случай

Желая сумата да ми бъде изплатена:

с банков превод по сметка: IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

валута  BGN  EUR, при банка \_\_\_\_\_ като разходите бъдат за моя сметка.

Уведомен съм, че промяната на банкова сметка обвързва застрахователя само след като той бъде изрично и писмено уведомен преди плащането, включително в хода на съдебен процес. Уведомен съм, че непредставянето на банкова сметка има последиците на забава на кредитора по отношение на плащането, като застрахователят не дължи лихва.

Уведомен съм, че съгласно Кодекса за застраховането, при настъпване на застрахователно събитие Застрахователят има право на достъп до цялата медицинска документация касаеща здравословното ми състояние, от всички лица и институции съхраняващи такава информация.

Декларирам, че отговорите и информацията, дадена от мен, в мое лично качество или в качеството ми на пълномощник, е вярна и давам съгласието си ЗК "Ем Ви Иншурънс" ЕАД да я ползва във връзка с процедурите и администрирането на претенцията за застрахователно обезщетение.

Известно ми е, че за представянето на неверни данни нося отговорност съгласно чл. 309 НК на Република България.

## ЛИЧНИ ДАННИ

Информирани/а съм, че предоставените от мен лични данни, се обработват от ЗК "Ем Ви Иншурънс" ЕАД, в качеството им на администратори на лични данни, съгласно действащото национално законодателство. Запознах се с Уведомлението за поверителност, налично на сайта на дружеството [www.mv-insurance.com](http://www.mv-insurance.com) и във всеки негов офис, което съдържа основанията и целите за обработката на лични данни, трети лица, имащи достъп до тях, срока за съхранение, правата ми и данни за контакт.

Дата на представяне на претенцията: \_\_\_\_\_ г. Подпис на заявителя: \_\_\_\_\_

**Член 1. Общи положения.**

Настоящите Общи Условия (ОУ) са неразделна част от Групов застрахователен договор № 02-2024 за предоставяне на застрахователно покритие на кредитополучателите на „Кеш Пойнт България“ ООД, сключен между ЗК „ЕМ ВИ ИНШУРЪНС“ ЕАД, в качеството на Застраховател и „Кеш Пойнт България“ ООД, в качеството на Договорител и Ползващо лице.

**Член 2. Дефиниции.**

“**Застрахован**” е физическо лице на възраст от 18 до 74г. навършени към момента на приемане на застраховането години, и при изтичане на застраховката не повече от 75 години; “**Ползващо се лице**” е „КЕШ ПОЙНТ БЪЛГАРИЯ“ ООД, Застрахованото лице или законните му наследници, на което при настъпване на покрит риск, се извършва застрахователното плащане при условията и в размерите, посочени в чл.7 по-долу; “**Застрахователна премия**” е паричната сума, срещу заплащането на която Застрахователят носят рисковете съгласно настоящите ОУ; “**Злополука**” означава непредвидено, случайно и внезапно събитие с възникване за застрахованото лице произход, настъпило против неговата воля през срока на индивидуалното застрахователно покритие, което води до телесно увреждане, причиняващо смърт, временна неработоспособност, трайно намалена или загубена работоспособност на застрахованото лице; “**Забеляване**” означава съвкупност от клинични прояви, представляващи болестно състояние, които са диагностицирани в лицензирано лечебно заведение и регистрирани в официален медицински документ; “**Лимит на отговорност**” е договорената и посочена в застрахователния договор парична сума, представляваща горна граница на отговорността на застрахователя при настъпване на застрахователно събитие; “**Правоспособен лекар**” е лекар, който има право да упражнява медицинска професия по реда на Закона за здравето; “**Медицински консумативи**” са медицински изделия, които се използват в медицинската практика, съобразно дадено за тях лекарско предписание. За медицински консумативи се смятат всички превързочни материали, хирургически игли и конци, хирургически платна, системи за трансфузия, абокати, инжекционни спринцовки, игли, катетри и други подобни. Не се смятат за медицински консумативи изделия като изкуствени лещи, стентове, пейсмејкъри, ангиографски катетри, изкуствени стави и други импланти и остеоинтеграционни средства; “**Имплант**” е медицинско изделие, което е предназначено да бъде частично или изцяло поставено чрез хирургическа или чрез медицинска интервенция в човешкото тяло и да остане в тялото след интервенцията; “**Медицински транспорт**” е транспортиране на болно или пострадало лице от или до лечебно заведение за болнично лечение на територията на Република България, извършено чрез специализиран санитарен автомобил, при условие че транспортирането и болничното лечение са по лекарско предписание; “**Медицинска помощ**” представлява система от диагностични, лечебни, рехабилитационни и профилактични дейности, осигурявани от медицински специалисти; “**Спешна медицинска помощ**” включва всички медицински дейности, насочени към възстановяване на остро настъпили животозастрашаващи нарушения на здравето и поддържане виталните функции на организма; “**Неотложна медицинска помощ**” е медицинска дейност за оказване на срочна медицинска помощ на болни и пострадали лица, чиито живот не е пряко застрашен, но които се нуждаят от медицинска помощ в кратък срок, за да бъде предотвратено по-нататъшно развитие и усложняване на заболяването; “**Изпълнител на медицинска помощ**” е юридическо лице, което съгласно действащото законодателство има право да извършва здравни услуги; “**Методи и средства на нетрадиционната медицина**” са неконвенционални методи и средства за благоприятно въздействие върху индивидуалното здраве, като: акупунктура, акупресура; ирисови, пулсови и аурикуларни методи на изследване; нетрадиционни физикални методи; нелекарствени продукти от минерален или органичен произход и други подобни; “**Помощни средства**” са средства за подпомагане и корекция на жизнените функции, предписани от правоспособен лекар в периода на застрахователното покритие; “**Медикамент**” са лекарства, които са фармацевтичен, химически по състава си или биологически активен, продукт или вещество, с изкл. на тези посочени в чл.8. “**Разумни и обичайни разходи**” са разходите за: закупуване на определена здравна стока, които не надвишават средната сума, срещу която може да бъде закупена същата здравна стока на територията на Република България; ползване на определена здравна услуга от конкретен изпълнител на медицинска помощ съобразно съответния медицински стандарт, които не надвишават средната сума, срещу която може да се ползва същата или сходна здравна услуга, предоставена от други изпълнители на медицинска помощ на територията на Република България; “**Целесъобразност**” е необходимостта, обосноваването, обичайността и рутинността на изпълнението на медицински дейности, която включва медицинската и икономическа обосноваване (по вид, обем и цена) на тяхното предоставяне на застраховано лице за постигане на конкретна лечебна и/или диагностична цел от гледна точка на добрата медицинска практика. Необходимо условие за „целесъобразността“ е наличието на симптоми на заболяване и/или увреждане на здравето на застрахованото лице; “**Самоучастие**” е участие на застрахованото лице в размера на обезщетението в определен процент или до определен размер, над който задължението остава за застрахователя;

**Член 3. Срок на застраховката, начало и край на индивидуалното застрахователно покритие.**

Срокът на застрахователното покритие е 6 (шест) месеца. **Началната дата** на застрахователните покрития е, както следва: за рисковете **Смърт** в резултат на злополука или заболяване и **Възстановяване на медицински разходи** наложени в резултат на злополука - от 00.00 ч. на деня посочен за начало в застрахователния сертификат. **Крайната дата** за всички покрити застрахователни рискове е 24.00 часа на деня посочен за край в застрахователния сертификат. **Застраховката се прекратява** и при: извършено застрахователно плащане във връзка с настъпил покрит риск Смърт; с навършване на 75 години. Застраховката може да се прекрати с едномесечно писмено предизвестие от Застрахователя и Застрахования, както и във всички други предвидени в Кодекса за застраховането случаи.

Извън случаите посочени в предходното изречение Застрахователя може да прекрати едностранно застраховката по своя инициатива без предизвестие до Застрахования и без да носи отговорност за прекратяването, ако прецени че съществуват обстоятелства, предвидени съгласно приложимото законодателство (в това число, но не само такива за предотвратяване прането на пари, финансиране на тероризма, корупцията, прилагане на санкции и ембарго и др.)

**Член 4. Включване към условията на Груповия застрахователен договор.**

Клиентите на Договорителя могат да се включат към условията на Груповия застрахователен договор, като лично подпишат Съгласие за приемане на застраховането и обявят съществените обстоятелства, които са му известни и са от значение за риска. Клиентите следва добросъвестно да отговорят и на писмено поставените от Застрахователя въпроси във връзка с техния здравословен статус. Декларациите относно здравословния статус са съгласно необходимата на Застрахователя информация при условията на чл.363 от Кодекса за застраховането. Подлежащи на застраховане са всички физически лица, на възраст от 18 до 74 навършени към момента на приемане на застраховането години, които са граждани или постоянно пребиваващи на територията на държави-членки на Европейското Икономическо пространство. Не се застраховат лица, които са американски граждани, включително лица с двойно такова гражданство, лица, които са граждани на притежатели на "зелена карта" или лица, които са субекти на данъчно облагане в САЩ. Покритието за рисковете Смърт в резултат на злополука или заболяване е активно на територията на цял свят, а за рисковете Болничен престой в резултат на злополука и медицински разходи в резултат на злополука – само на територията на Република България.

**Член 5. Застрахователна премия.**

Застрахователната премия е еднократна и е посочена в застрахователния сертификат. Върху изчислената застрахователна премия се дължи данък в размер на 2 % съгласно ЗДЗП.

**Член 6. Покрити рискове.**

Покритите рискове са: **Смърт** в резултат на злополука или заболяване; **Възстановяване на медицински разходи** наложени в резултат на злополука; В случай че застрахованото лице получи препоръка за преглед от друг лекар или специалист то Застрахователя не гарантира, че същия преглед ще бъде покрит по покритието “Възстановяване на медицински разходи”;

**Член 7. Размер на застрахователното плащане.**

Застрахователната сума и лимити на възстановяване на разходи по покритието по настоящите условия рискове са както следва: За риска **Смърт** в следствие на Злополука или Заболяване застрахователната сума е 2 000 (две хиляди) лв. При настъпване на Смърт на застрахованото лице вследствие на заболяване или злополука Застрахователната сума се разпределя по следния начин: В случай че Застрахованият има непогасени кредити отпуснати от Договорителя, респективно има остатъчен баланс, дължимото застрахователно плащане се разделя, като първо се погасява остатъчния баланс по всички непогасени кредити към датата на настъпването на застрахователното събитие, а остатъкът, до пълния размер на Застрахователната сума, се изплаща на законните наследници на Застрахованото лице. В случай че остатъчния баланс по всички кредити отпуснати на Застрахованото лице от Договорителя, надхвърля максималния размер на застрахователната сума, отговорността на Застрахователя се ограничава до изплащане на пълния размер на застрахователната сума. В случай че Застрахованото лице има повече от един непогасен кредит, Договорителят разпределя дължимото застрахователно плащане между отделните кредити, като приоритет на погасяване има най-старото задължение, а след това се удовлетворяват всички останали кредити по реда им на отпускане. В случай че Застрахованият няма непогасени кредити отпуснати от Договорителя, респективно няма остатъчен баланс, размерът на дължимото застрахователно обезщетение се изплаща на Законните му наследници. За риска **Възстановяване на разходи** наложени в резултат на злополука - на Застрахования се възстановяват направените разумни и обичайни разходи за медицински прегледи от общо практикуващи лекари, лекари специалисти и хабилитирани специалисти, лабораторни, инструментални и морфологически изследвания, хирургически операции, лапароскопска хирургия и медицински манипулации, разходи за лекарствени средства и консумативи, разходи за медицинско транспортиране. Лимитът за възстановяване на направени разходи е до 200 лв. Прилага се подлимит за разходи за медикаменти и медицински транспорт – 100 лв. Прилага самоучастие в размер на 30% от всяка заведена сума.

**Член 8. Освобождение на Застрахователя от задължението за извършване на застрахователно плащане.**

**Изключени рискове:** По отношение на всички рискове: ако застрахователното събитие е причинено умишлено от застрахования, както и в случай, че са представени неверни или неистински доказателства или документи. Застрахователят не изплаща застрахователно обезщетение при настъпване на застрахователно събитие, в случай че то е резултат от предварително съществуващо или хронично заболяване, страдание или физическо състояние, както и неговите усложнения и рецидиви, за което застрахованото лице е получило медицинско консултиране, диагностициране преди датата на приемане на застраховането; самоубийство или опит за самоубийство; свиване или участие в свиване от страна на застрахования; извършване или опит за извършване на престъпление от общ характер; други събития, настъпили в следствие излагане на опасност, самонадеяност или груба небрежност от страна на застрахования, включително, но не само боравене с експлозивни или огнестрелно оръжие; извършване на престъпление от общ характер от застрахования; виновно поведение и/или употреба на алкохол на застрахования при управление на МПС, както и при липса на документи за правоспособност; изпълнение на смъртна присъда; война или военни действия, въстание, държавен преврат, бунт, терористичен акт или други подобни социални явления; ядрена енергия, радиоактивно излъчване, ядрени взривове /изключението не се прилага в случаите, когато ядрената енергия е използвана за медицинско лечение/; професионално

практикувани спортове и/или високорискови дейности, които са свързани с употребата на моторни, летателни, въздухоплавателни и подводни средства, скокове от високо, катерения или такива, които включват участие на животни; хронична употреба на алкохол, наркотична зависимост, увреждане на здравето или смърт, причинени от или дължащи се на употреба от страна на застрахованото лице на алкохол, наркотични или упойващи вещества и медикаменти, анаболни хормони, стимулиращи вещества или такива с характер на допинг, както и участие в програми за лечение на зависимости, възникнали вследствие на тяхната употреба, както и от процедури по дезинтоксикация и лечения на алкохолизъм или наркотични зависимости; всяко състояние на застрахованото лице, директно или индиректно свързано със СПИН /Синдром на придобитата имунна недостатъчност/или HIV/човешки имунодефицитен вирус/, така, както се определени от Световната здравна организация; психични заболявания, депресии, стрес или всяко състояние на психо-невротична основа и техните последици, включително сенсии и прилагане на психоаналитични или психотерапевтични методи; пластично-възстановителни, реконструктивни, пластични или козметични корекции, процедури, манипулации или операции, други козметични услуги, свързани с тях изследвания, както и последиците от тях, освен когато такива дейности са наложителни за възстановяване целостта на кожата и тъканите на застраховано лице, пострадало вследствие на злополука; нормална бременност, раждане, прекъсване на бременността по желание на застрахованото лице и произтичащите от това усложнения или заболявания; извършване на действия от застрахованото лице, които спадат към занаятие или друга правно регламентирана дейност, за които то не притежава необходимата квалификация и/или правоспособност. По отношение на риска Възстановяване на медицински разходи, Застрахователят не покрива разходи за здравни услуги и стоки, свързани с: ползването на спешна или неотложна медицинска помощ; диагностика и лечение: които не са проведени/назначени от правоспособен лекар или са проведени в заведение, което не е регистрирано по Закона за лечебните заведения; ползвани здравни услуги за които няма медицински показания, оплаквания, симптоми или няма пряка връзка с увреждането на застрахованото лице или с вписаната в медицинската документация диагноза; извършени с методи и средства на нетрадиционната медицина и/или утвърдените от Министерство на здравеопазването медицински стандарти; санаториално лечение, освен в случаите когато се явява долекуване на травма в следствие на злополука претърпяна в срока на застраховката и предшествано от престой в болнично заведение за активно лечение по повод същата травма; спа-процедури и масажи; неспазване на или отказ от предписан от правоспособен лекар режим и/или лечение, самолечение; Застрахователят не покрива разходи: които не са изрично включени в покритието по застрахователния договор; които не са целесъобразни; свързани с настаняване на застрахованото лице за болнично лечение в самостоятелна стая или в стая с осигурен допълнителен комфорт – храна по избор, телевизор, интернет и други; за потребителски такси при извънболнична медицинска помощ и за други такси или санкционни плащания, наложени на застрахованото лице. Застрахователят не покрива разходи за здравни стоки, които спадат към някоя от следните групи: витамини, минерали, микроелементи, хранителни добавки, фитопрепарати, имуностимулатори, имunosупресори, средства за вегетативни смущения по време на пътуване, слабители средства и средства за редукция на телгто; контрацептиви, нестероидни противовъзпалителни средства, освен когато са назначени като средство за лечение на травма в следствие на злополука претърпяна в срока на застраховката, която не е изключен риск по настоящите общи условия; медицински консумативи, медицинска косметика; лекарствени продукти, медикаменти и стоки, които: са предписани от лекар по дентална медицина; не са разрешени за употреба или регистрирани по реда на Закона за лекарствени продукти в хуманната медицина; са закупени след изтичането на 5 дни от датата на предписването им или без лекарско предписание, или без необходимост от извършване на диагностика и лечение на увреждане на здравето на застрахованото лице; не се покриват по настоящите общи условия. Застрахователят не покрива тази част от разходите за здравни услуги и стоки, която: се поема от застрахованото лице в рамките на уговореното самоучастие; надвишава размера на разумните и обичайни разходи за здравни услуги и стоки от същия вид; лимита на отговорност или обема и обхвата на здравните услуги и стоки, определен в съответния застрахователен пакет.

**Член 9. Процедура по уведомяване на Застрахователя за настъпило застрахователно събитие и предявяване на иск за извършване на застрахователно плащане.**

При настъпило застрахователно събитие застрахованото лице респ. негов законен наследник е задължен да уведоми застрахователя в срок до 14 календарни дни, считано от деня на настъпването му по един от следните начини: на място в офиса на Застрахователя, намиращ се в град София, п.к. 1784, р-н Младост, бул. Цариградско шосе № 115 Е, етаж 4, където ще му бъде предоставен за попълване формуляр; на имейл адрес [claims@mv-insurance.com](mailto:claims@mv-insurance.com) като попълни, сканира или заснеме формуляр, който може да получи във всеки от офисите на „Кеш Пойнт България“ ООД, ЕИК 207024290. За да бъде предявен иска за извършване на застрахователно плащане Клиентът е задължен да представи на място в офиса на Застрахователя или да изпрати на хартиен носител, чрез писмо с обратна разписка или куриер надлежно попълнена и подписана "Претенция за настъпило застрахователно събитие", заедно със следните документи: **При настъпил риск Смърт:** Застрахователен сертификат, акт за смърт – оригинал или заверено копие; Съобщение за смърт; Копие на аутопсионен протокол, в случай, че е била извършена аутопсия. В случай, че смъртта е настъпила в резултат на злополука трябва да, се представят и четливи копия на: протокол за настъпилата злополука /напр. протокол за ПТП/, заключение от извършената химическа експертиза за наличие на алкохол или наркотични вещества в кръвта. В случай, че смъртта е настъпила в резултат на заболяване към смъртния акт, съобщението за смърт и копието от аутопсионния протокол

трябва да се представят и четливи копия на: лична амбулаторна карта, амбулаторни листа, резултати от извършени изследвания за образна диагностика (ако има такива), епикриза/и. **При Възстановяване на медицински разходи** за доказване на основанието и размера на претенцията си застрахованото лице е длъжно да представи на застрахователя доказателства в зависимост от естеството на ползваните здравни услуги и стоки, както следва: за всички медицински разходи – документ за извършен преглед или епикриза, фактура и фискален бон в оригинал; искане за изследване, резултати от проведени изследвания (лабораторни, функционални, образна диагностика, вкл. разчитане на образна диагностика и др.), картон с назначени физиотерапевтични процедури; за санитарен транспорт – медицински документ с назначение, обосноваващ необходимостта от санитарен транспорт; за санаториално лечение – епикриза от болница за активно лечение с назначено санаториално лечение, епикриза от санаториума, в който е проведено лечението, фактура и фискален бон в оригинал; за медицински консумативи и/или импланти – документи за извършеното лечение, изследване или процедура, стикер или друг вид идентификационен код на използваните консумативи и/или импланти; други документи в зависимост от вида на събитието. Застрахователят има право да изиска допълнителни доказателства за установяване на основанието и размера на предявената претенция, необходимостта от които не е можела да се предвиди към датата на нейното завеждане. Финансовите документи, приложени от Застрахованото лице трябва да са в оригинал, издадени на негово име и да съдържат единичната цена на всяка отделна здравна услуга или стока. За удостоверяването на застрахователни събития настъпили извън територията на Република България Застрахователят приема документи, преведени на български език и издадени в съответствие със законите на друга държава, ако те безспорно доказват настъпването и естеството на застрахователното събитие. Ако Застрахованите не изпълнят някое от задълженията си съгласно настоящите ОУ, или ако са си послужили с измама или заблуда, включително но не само с представяне на документи с невярно съдържание, Застрахователят може да откаже изцяло или частично изплащане на обезщетението и/или да прекрати покритието, без да връща застрахователна премия. С оглед изясняването на основателността на претенцията за застрахователно плащане, Застрахователят има право да изиска от Застрахования или трети лица и други документи, свързани с настъпило събитие, както и да поиска Застрахованият да премине през определени медицински прегледи и изследвания, като в тези случаи разходите за това се поемат от Застрахователя.

**Член 10. Промяна в договора.**

Едностранно внесени промени не се допускат, а се извършват чрез изготвяне и подписване от страните по договора на добавък към него, за което застрахованият бива надлежно писмено уведомен, когато това го касае. Настоящите ОУ не дават право на откуп. Не се дължи връщане на застрахователна премия след като изтече срока на застраховката и при неосъществено застрахователно събитие по нея или при отказ от извършване на застрахователно плащане от страна на съответния застраховател.

**Член 11. Уведомяване.**

Всички съобщения, които следва да бъдат отправени към застрахования се изпращат на последния адрес, който той е съобщил писмено на Застрахователя или на Договорителя. За дата на уведомяването се счита датата на получаването на съобщението. Съобщенията към Застрахователя трябва да се изпращат с писмо с обратна разписка или да се депозират на място в офиса.

**Член 12. Жалби.**

Застрахованият или Ползващото лице могат да възразят срещу определения размер на обезщетението или срещу евентуален отказ на плащане на такова. Това може да стане чрез подаване на жалба на адреса на Централен офис на ЗК „ЕМ ВИ ИНШУРЪНС“ ЕАД, : град София, п.к. 1784, р-н Младост, бул. Цариградско шосе № 115 Е, етаж 4 или на имейл адрес [claims@mv-insurance.com](mailto:claims@mv-insurance.com) до 30 дни след узнаване на решението, но в рамките на давностния срок на застрахователния договор. Всяка подадена жалба се завежда в регистър на оплакванията, като получава входящ номер с дата. Правилата за уреждане на претенции могат да бъдат намерени на интернет страницата на Застрахователя. Жалби срещу Застрахователят, в зависимост от естеството им, могат да бъдат подавани пред следните държавни органи: Комисия за финансов надзор, на адрес: София 1000, ул. „Будапеща“ 16 или на e-mail: [delovodstvo@fsc.bg](mailto:delovodstvo@fsc.bg); Комисия за защита на потребителите, Секторна помирителна комисия за разглеждане на спорове в областта на застраховането и застрахователното посредничество, включително и при предоставянето на финансови услуги от разстояние в тези сектори, на адрес: София 1000, ул. „Врабча“ 1 или на интернет страница [www.kzp.bg](http://www.kzp.bg), e-mail: [adr.ins@kzp.bg](mailto:adr.ins@kzp.bg); Комисия за защита на личните данни на адрес: София 1592, бул.„Проф. Цветан Лазаров“ 2 или на e-mail: [kzld@cpdp.bg](mailto:kzld@cpdp.bg); както и до други компетентни органи в зависимост от естеството на жалбата.

**Член 13. Спорове между страните. Юрисдикция.**

Всички спорове, породени от Договора или отнасящи се до него, такива, породени или отнасящи се до неговото тълкуване, недействителност, изпълнение или прекратяване, ще бъдат разрешавани от компетентния български съд.Приложимо е българското право.

**Тези Условия са приети от Съвета на директорите на ЗК „Ем Ви Иншурънс“ ЕАД на 02.09.2024 г. и влизат в сила от 05.09.2024 г.**

**За ЗК „Ем Ви Иншурънс“ ЕАД:**

