

ВЪТРЕШНИ ПРАВИЛА
ЗА ДЕЙНОСТТА ПО УРЕЖДАНЕ НА ПРЕТЕНЦИИ ПО ЗАСТРАХОВКИ,
РАЗЛИЧНИ ОТ АВТОМОБИЛНО, МОРСКО И ТРАНСПОРТНО
ЗАСТРАХОВАНЕ

(Загл., изм. и доп. - 17.02.2017 г.)

I. ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

Чл. 1. (Изм. – 17.02.2017 г.) Настоящите правила за дейността по уреждане на претенции, наричани по-долу „Правилата“, регламентират процедурите, по които Застрахователно дружество „Съгласие“ АД (ЗД „Съгласие“ АД), наричано по-долу Застраховател, приема претенциите по застраховки, различни от автомобилно, морско и транспортно застраховане, събира доказателствата за установяване на основанието и размера им, извършва оценка на причинените вреди, определя размера на обезщетенията, извършва разплащанията с потребителите на застрахователни услуги и разглежда жалби, подадени до него.

Чл. 2. Правилата се прилагат в съответствие със закона и приетите и приложими от застрахователя Общи условия и имат за цел гарантиране правата на потребителите на застрахователни услуги за бързо, прозрачно и справедливо уреждане на техните претенции.

Чл. 3. (Отм. – 17.02.2017 г.).

II. ПРИЕМАНЕ И РЕГИСТРИРАНЕ НА ПРЕТЕНЦИИ

Чл. 4. (1) При настъпване на застрахователно събитие потребителят на застрахователни услуги (наричан по-долу и застрахованият) уведомява писмено застрахователя за събитието в срок, предвиден в застрахователния договор, от който черпи правата си, в Кодекса за застраховането или в друг нормативен акт, чрез попълване на Искане за обезщетение по образец на застрахователя.

(2) (Нов – 17.02.2017 г.) Застрахователят има право да откаже плащане, ако застрахованият не е изпълнил задълженията си в сроковете по чл. 4, ал. 1 с цел да попречи за установяване на обстоятелствата, при които е настъпило събитието, или ако неизпълнението е направило невъзможно установяването им от застрахователя.

(3) Застрахователят не може да откаже да приеме предявена претенция за изплащане на застрахователно обезщетение, направена и в свободна писмена форма.

(4) (Доп. – 17.02.2017 г.) Приемането на претенцията се удостоверява с поставянето на входящ номер и дата пред лицето, заявило претенцията, освен в случаите, в които тя е подадена по пощата.

(5) (Изм. – 17.02.2017 г.) Според вида на договора за застраховка, на основание на който е предявена застрахователната претенция, към Искането застрахованият представя в оригинал документите, описани в Приложение № 1 към настоящите правила:

(6) Към Искането, независимо от вида на договора за застраховка, съответно застрахователното събитие, застрахованият представя застрахователна полица в оригинал, при групови застраховки по средносписъчен състав - служебна бележка от застрахователя в оригинал, и номер на банкова сметка.

(7) В случай, че претенцията се завежда от пълномощник, пълномощното за получаване на парична сума, следва да е с нотариална заверка на подписа.

Чл. 5. При приемането на Искането, служителят на застрахователя предоставя на застрахования Опис на документи, съдържащ списък на всички доказателства, които е необходимо да представи за установяване на основанието и размера на претенцията.

Чл. 6. След приемане на Искането и приложените към него документи, съответното длъжностно лице на Застрахователя образува ликвидационна преписка като я завежда в електронен регистър на щетите, автоматично генериращ пореден номер и дата.

III. ОСОБЕНИ ПРАВИЛА ПРИ ЗАВЕЖДАНЕ НА ПРЕТЕНЦИИ ОТ ЛЕЧЕБНИ ЗАВЕДЕНИЯ

Чл. 7. В случаите, когато застрахованото лице ползва медицински услуги в лечебни заведения (ЛЗ), с които Застрахователят има сключен договор за абонаментно обслужване, Застрахователят извършва застрахователно плащане към лечебното заведение, след представяне на следните документи - Спецификация по образец, съдържаща подробни сведения за извършените медицински услуги, придружена от медицински и финансови документи в оригинал.

Чл. 8. Приемането на Спецификацията се удостоверява с поставянето на входящ номер и дата.

Чл. 9. Въз основа на Спецификацията и приложените към нея документи, длъжностно лице на Застрахователя образува ликвидационна преписка като я завежда в електронен регистър на щетите, автоматично генериращ пореден номер и дата.

IV. РАЗГЛЕЖДАНЕ НА ЛИКВИДАЦИОННАТА ПРЕПИСКА

Чл. 10. Служителят на Застрахователя проверява изпълнени ли са следните изисквания:

1. Застрахованият да притежава валидна застрахователна полица;
2. Застрахователната премия, в случай че полицата е издадена на разсрочено плащане, да е платена в установените срокове и размер;
3. Застрахователното събитие да е настъпило през периода на действие и в териториалния обхват на полицата;
4. Твърдяното събитие да е сред покритите, съгласно сключения застрахователен договор, застрахователни рискове.

Чл. 11. Тежестта за доказване на претенцията по основание и размер лежи върху Застрахования.

Чл. 12. (1) Към всяка ликвидационна преписка се прилага Опис на документи по щета, в който се посочва всеки документ, приобщен към нея, датата на представянето му, подпис на потребителя на застрахователни услуги и подпис на служителя на застрахователя, приел документа.

(2) При представяне на нередовни документи - непопълнени или неправилно попълнени, както и такива с извършени върху тях поправки, в претенцията се оставя копие от съответния документ, който се връща на Застрахования или неговия представител за нанасяне на необходимите корекции и заверки.

(3) На всеки новопостъпил документ се поставя входящ номер и дата.

(4) В случай, че доказателството е постъпило по пощата или по електронен път, в графа „Забележки” на Описа се прави отбелязване за начина на постъпване на документа и се посочва неговият входящ номер.

(5) Застрахователят може да изиска допълнителни доказателства най-късно в срок 45 дни от представянето на доказателствата, определени с договора и настоящите правилата, които не са били предвидени в застрахователния договор при сключването му и които са необходими за установяване на основанието и размера на претенцията.

(6) Застрахователят не може да изисква доказателства, с които Застрахованият не може да се снабди поради съществуващи нормативни пречки или поради липсата на правна възможност за осигуряването им.

(7) (Доп. – 17.02.2017 г.) В случаите, когато се изисква представянето на оригинални документи, с изключение на финансови документи (фактури, фискални бонове и др. п.) Застрахователят не може да откаже приемането на преписи на документите, заверени по установения от закона ред, както и копия на документи, заверени от Застрахования след направено сверяване с оригинала от представител на Застрахователя, освен в случаите, когато нормативен акт изрично предвижда предоставянето на документ в оригинал.

(8) За нуждите на установяване на застрахователното събитие и на вредите, причинени от него, Застрахователят разполага, съгласно разпоредбата на чл. 107 от Кодекса за застраховане, с възможност да получи необходимата информация от държавни органи и трети лица.

(9) (Нова - 17.02.2017 г.) Сроковете, предвидени в чл. 108, ал. 1 от Кодекса за застраховането, започват да текат след предоставяне на всички изискани документи.

Чл. 13. (Изм. – 17.02.2017 г.) Размерът на застрахователното обезщетение се определя съгласно Общите условия на съответната застраховка и въз основа на събраните документи в хода на ликвидационното производство.

Чл. 14. При определяне на размера на определеното застрахователно обезщетение, се спазват допълнително следните правила:

(1) Застрахователят удържа вземанията си по застрахователния договор към Застрахования или към ползващите лица;

(2) Приспада се самоучастието на Застрахования, ако такова е предвидено със застрахователния договор;

(3) При плащане на обезщетение в случай на смърт, Застрахователят удържа изплатените суми за трайно намалена или загубена работоспособност и временна неработоспособност във връзка със злополуката, довела до смърт, ако такива са били извършвани.

Чл. 15. Окончателното решение по претенцията се оформя в документ, озаглавен „Рапорт“.

V. ПРОИЗНАСЯНЕ ПО ЗАСТРАХОВАТЕЛНАТА ПРЕТЕНЦИЯ

Чл. 16. (Изм. – 17.02.2017 г.) В срок от 15 работни дни от датата на представяне на всички изискани документи съгласно чл.108, ал.1 от КЗ застрахователят се произнася по претенцията като определя и изплаща размера на обезщетението или застрахователната сума или мотивирано отказва плащането.

Чл. 17. (Доп. – 17.02.2017 г.) Изплащането на суми се извършва от застрахователя чрез банков превод. Таксите за банкови преводи са за сметка на застрахования или ползващото лице. Отговорността за правилно посочване на банковите данни е на претендиращия.

Чл. 18. Уведомяването на застрахованите за отказа да бъдат възстановени направените от тях разходи за здравни стоки и услуги по договор за „Здравна застраховка“ се осъществява чрез предоставен достъп с лична парола за проверка на статуса (движението) на претенциите в информационна система на Застрахователя. Справката се намира на видно място на интернет страницата на Застрахователя и дава подробна информация за заявената претенция, в това число и за основанията за отказ и датата, на която същият е постановен.

Чл. 19. (Изм. – 17.02.2017 г.) Уведомяването на застрахованите за отказа да бъде удовлетворена застрахователната им претенция по застраховки, различни от „Здравна

застраховка“ се извършва по електронен път на посочената от Застрахования електронна поща или писмено на адреса на лицето, когато е избрал този начин на уведомяване.

Чл. 19а. (Нов - 17.02.2017 г.) При липса на доказателства относно основаниято или размера на претенцията, застрахователят се произнася в срок не по-късно от 6 /шест/ месеца от датата на предявяването на претенцията.

VI. РЕД ЗА РАЗГЛЕЖДАНЕ НА ПОДАДЕНИ ЖАЛБИ

Чл. 20. (1) При несъгласие с решението на Застрахователя по повод на предявена пред същия застрахователна претенция, Застрахованият има право да подаде жалба до него.

(2) (Отм. – 12.04.2019 г.)

(3) Жалбите се завеждат във входящия регистър на дружеството.

Чл. 22. В жалбата задължително се посочват:

1. три имена, адрес и електронна поща на жалбоподателя (съответно фирмено наименование, седалище, адрес на управление, електронна поща и представляващ при юридическите лица), на която ще се изпраща кореспонденцията във връзка с подадената жалба;

2. пълномощно, в случаите когато се подава чрез пълномощник;

3. номер на завеждане на щетата и/или входящ номер на Искането;

4. първоначалното решение на Застрахователя по заявената претенция;

5. възраженията и тяхното основание;

6. искането;

7. подпис на подателя.

Чл. 23. (Доп. – 17.02.2017 г.) Анонимни жалби, както и жалби от лица, които не са правоимащи, не се разглеждат.

Чл. 24. (1) (Нова – 12.04.2019 г.) При разглеждане на подадената жалба Застрахователят събира и проучва всички доказателства, относими към съдържащите се в нея основания.

(2) (Премишна ал. 3 – 12.04.2019 г.) По искане на жалбоподателя, Застрахователят представя писмена информация за развитието на производството по разглеждане на жалбата и етапа, в който се намира то.

Чл. 25. (1) (Изм. – 09.08.2018 г.) Получената жалба се разглежда от Комисия по жалбите на Застрахователя в 30 (тридесет) дневен срок от получаването ѝ.

(2) (Отм. - 17.02.2017 г.).

(3) С решението си Комисията потвърждава решението на застрахователя или го отменя в оспорваната част, когато е неправилно и решава преписката по същество.

(4) (Изм. – 12.04.2019 г.) Решението на Комисията по жалбите и мотивите към него се съобщават на жалбоподателя незабавно с писмо на посочената от него електронна поща или адрес за кореспонденция, когато лицето е избрало този начин за уведомяване.

Чл. 26. (Отм. – 17.02.2017 г.).

Чл. 27. (1) (Изм. – 09.08.2018 г.) Разглеждането на жалбите се осъществява при спазване на Политиката за разглеждане на жалби от потребители на застрахователни услуги, като се избягват конфликти на интереси и се спазват принципите на обективност и справедливост.

(2) Съветът на директорите на ЗД „Съгласие” АД съблюдава за спазване на реда за разглеждане на жалбите и извършва периодичен анализ на информацията, свързана с причините за тяхното подаване.

(3) (Отм. – 17.02.2017 г.).

Чл. 28 (Нов - 17.02.2017 г.) Всички спорни случаи, за които няма доброволно разрешаване, могат да бъдат отнесени за решаване по компетентност до съответния български съд.

ЗАКЛЮЧИТЕЛНА РАЗПОРЕДБА

§ Единствен. Настоящите Вътрешни правила за дейността по уреждане на претенции по застрахователни договори са приети на основание чл. 104 от Кодекса за застраховането от Съвета на директорите на ЗОФ „Съгласие” АД на 26.07.2013 г., изм. и доп. с Протокол на СД на ЗД „Съгласие” АД от 17.02.2017 г., изм. и доп. с Протокол на СД на ЗД „Съгласие” АД от 09.08.2018 г., изм. и доп. с протокол на СД на ЗД „Съгласие“ АД от 22.03.2019 г. изм. и доп. с протокол на СД на ЗД „Съгласие“ АД от 12.04.2019 г. и се прилагат в дейността на застрахователя от датата на приемането им, съответно изменението им.

**ВЪТРЕШНИ ПРАВИЛА
ЗА ДЕЙНОСТТА ПО УРЕЖДАНЕ НА ПРЕТЕНЦИИ ПО ЗАСТРАХОВКИ,
РАЗЛИЧНИ ОТ АВТОМОБИЛНО, МОРСКО И ТРАНСПОРТНО
ЗАСТРАХОВАНЕ**

Чл. 1 (1) Според вида на договора за застраховка, на основание на който е предявена застрахователната претенция, към Искането застрахованият/ползващото лице представя следните документи:

т. 1 - при „Здравна застраховка“:

1.1. за лекарства и помощни средства:

- четливо копие на рецепта, епикриза или амбулаторен лист, издадени от изпълнител на медицинска помощ;
- оригинали на фактура и фискален бон.

1.2. за извънболнична медицинска помощ:

- четливо копие на амбулаторен лист, искане за изследване, резултат от проведеното изследване, издадени от лекуващия лекар;
- оригинали на фактура и фискален бон.

1.3. за болнична медицинска помощ:

- четливо копие на епикриза, издадена от лечебното заведение и подписана от лекуващия лекар и завеждащ клиника/отделение, дата и печат на лечебното заведение;
- оригинали на фактура и фискален бон.

1.4. за физиотерапия:

- четливо копие на епикриза или амбулаторен лист с назначение и физиопроцедурен талон;
- оригинали на фактура и фискален бон;

1.5. за стоматологично лечение:

- четливо копие на амбулаторен лист с отразен зъбен статус и подробно описани всички извършени манипулации, дата на проведеното лечение, подпис и печат на лекаря по дентална медицина или на лечебното заведение;
- оригинали на фактура и фискален бон.

т. 2 - при застраховка „Злополука“:

2.1. при смърт на Застрахования – препис–извлечение от акта за смърт, документи (медицински и други), удостоверяващи причините и обстоятелствата, при които е настъпила смъртта на застрахованото лице, удостоверение за наследници;

2.2. при трайна загуба на работоспособност – акт за злополука или друг документ, удостоверяващ злополуката, и документ от ТЕЛК/НЕЛК за процента трайно намалена или загубена работоспособност;

2.3. при временна загуба на работоспособност - акт за злополука или друг документ, удостоверяващ злополуката, както и документ, доказващ продължителността на неработоспособността (болнични листове, епикризи и др.);

2.4. при покрит риск дневно плащане за болничен престой в резултат на злополука – акт за злополука или друг документ, удостоверяващ злополуката, епикриза от болничното заведение, както и всички налични медицински документи.

2.5. при направени медицински разходи в резултат на злополука – амбулаторни листи или епикриза от болнично заведение, с описание на проведеното лечение и

назначена терапия, рецепти за изписани лекарства, оригинали на фактури с касов бон за закупените медикаменти, направления от лекар за специализирани прегледи и изследвания.

2.6. при проведено хирургично лечение в резултат на злополука – медицинско направление за хирургично лечение, епикриза от болничното заведение, фактура за интервенцията, както и всички други налични медицински документи (ако има такива).

2.7. при временна неработоспособност в резултат на професионална болест – документ, доказващ продължителността на неработоспособността (болнични листове, епикризи и др.), документ, доказващ настъпването на професионална болест съгласно Списъка на професионалните болести (експертно решение за професионалната болест на ТЕЛК);

2.8. при трайна загуба на работоспособност в резултат на професионална болест – документ от ТЕЛК за процента трайно намалена или загубена работоспособност, документ, доказващ настъпването на професионална болест съгласно Списъка на професионалните болести (експертно решение за професионалната болест на ТЕЛК).

т. 3 - при застраховка „Трудова злополука“:

3.1. Акт за злополука или друг документ, удостоверяващ злополуката.

3.2. Документ от ТЕЛК/НЕЛК за процента трайно намалена или загубена работоспособност.

3.3. Документ доказващ продължителността на неработоспособността (болнични листове, епикризи и др.).

3.4. Извлечение от акт за смърт.

3.5. Документи (медицински и други), удостоверяващи причините и обстоятелствата, при които е настъпила смъртта на застрахованото лице.

3.6. Удостоверение за наследници.

3.7. Разпореждане на съответното териториално поделение на Националния осигурителен институт за приемане на злополуката за трудова.

т. 4 - при застраховка „Имущество на юридически лица и еднолични търговци“

4.1. Валиден застрахователен договор - чрез представяне на застрахователната полица заедно с документите, представляващи неразделна част от нея.

4.2. Документи, доказващи правото на претендиращия върху увреденото имущество (документ за собственост, договор за наем, лизинг или друг договор)

4.3. Документи, издадени от съответните компетентни органи на властта, удостоверяващи настъпването на застрахователно събитие.

4.3.1. При пожар – служебна бележка, експертиза или друг документ от регионалната служба за противопожарна охрана;

4.3.2. При мълния, буря ураган, градушка и наводнение – служебна бележка от районната хидро-метеорологична служба. Когато районната хидро-метеорологична служба не е в състояние да удостовери категорично настъпването на събитието, същото може да бъде доказано по анкетен път, като се имат предвид белезите на настъпилото застрахователно събитие по други имущества в околността;

4.3.3. При авария на водопроводи, паропроводи, канализационни и спринклерни инсталации – протокол за авария, издаден от управителния орган на ЮЛ/ЕТ;

4.3.4. При свличане и срутване на земни пластове – документ от геоложка служба, доказващ възникването, причините, условията и повтаряемостта на събитието;

4.3.5. При земетресение – бележка от Сеизмологичен институт към БАН;

4.3.6. При злоумишлени действие на трети лица, умишлен палеж, злоумишлена експлозия, кражба чрез взлом и грабеж, включително на пари в каса или сейф:

4.3.6.1. Служебна бележка от съответното РПУ с номер на заявителския материал;

4.3.6.2. Договор за охрана, придружен с писмени обяснение и/или извлечение от системата, с която е свързана сигнално-охранителната техника;

4.3.6.3. Постановление за спиране или прекратяване на наказателното производство и/или обвинително постановление от прокуратурата;

4.3.6.4. Документи, удостоверяващи размера на щетата: фактури, счетоводни справки, извлечение о книгата за ДМА и други документи, предварително осчетоводени и заверени с подпис и печат на материално отговорните лица.

4.4. При обективна невъзможност да се снабди с документи, ЗАСТРАХОВАНИЯТ е длъжен да посочи в писмена декларация обстоятелствата по настъпване на застрахователното събитие, предполагаеми причини, имена и адрес на свидетели.

4.5. Представяне на документи в оригинал, удостоверяващи размера на вредите и/или направените разноски.

4.6. По искане на застрахователя, ЗАСТРАХОВАНИЯТ е длъжен да представи и други документи, доказващи настъпването на застрахователното събитие и размера на причинените вреди.

т. 5 - при застраховка „Имущество на физически лица”

5.1. Валиден застрахователен договор - чрез представяне на застрахователната полица заедно с документите, представляващи неразделна част от нея.

5.2. Документи, издадени от съответните компетентни органи на властта, удостоверяващи настъпването на застрахователно събитие.

5.2.1. При пожар – служебна бележка, експертиза или друг документ от регионалната служба за противопожарна охрана;

5.2.2. При мълния, буря ураган, градушка и наводнение – служебна бележка от районната хидро-метеорологична служба. Когато районната хидро-метеорологична служба не е в състояние да удостовери категорично настъпването на събитието, същото може да бъде доказано по анкетен път, като се имат предвид белезите на настъпилото застрахователно събитие по други имущества в околността;

5.2.3. При свличане и срутване на земни пластове – документ от геоложка служба, доказващ възникването, причините, условията и повтаряемостта на събитието;

5.2.4. При земетресение – бележка от Сеизмологичен институт към БАН;

5.2.5. При злоумишлени действие на трети лица, умишлен палеж, злоумишлена експлозия, кражба чрез взлом и грабеж, включително на пари в каса или сейф:

5.2.5.1. Служебна бележка от съответното РПУ с номер на заявителския материал;

5.2.5.2. Договор за охрана, придружен с писмени обяснение и/или извлечение от системата, с която е свързана сигнално-охранителната техника;

5.2.5.3. Постановление за спиране или прекратяване на наказателното производство и/или обвинително постановление от прокуратурата;

5.2.5.4. Документи, удостоверяващи размера на щетата.

5.3. При обективна невъзможност да се снабди с документи, ЗАСТРАХОВАНИЯТ е длъжен да посочи в писмена декларация обстоятелствата по настъпване на застрахователното събитие, предполагаеми причини, имена и адрес на свидетели.

5.4. Представяне на документи в оригинал, удостоверяващи размера на вредите и/или направените разноски.

5.5. Документи в оригинал, доказващи правата му върху увреденото имущество;

5.6. По искане на застрахователя, ЗАСТРАХОВАНИЯТ е длъжен да представи и други документи, доказващи настъпването на застрахователното събитие и размера на причинените вреди.

т. 6 - при застраховка „Гражданска отговорност на физически лица”

6.1. Уведомление.

6.2. Доказателство за спазване на всички договорно и/или нормативно установени срокове за уведомление на застрахователя за възникване на обстоятелство, които могат да ангажират отговорността на застрахования, както и доказателства, че застрахователят е бил надлежно сезиран за наличието на съдебно и/или по друг начин предявена претенция срещу застрахования;

6.3. Влязло в сила съдебно решение на компетентен български съд срещу застрахования за установяване на гражданската му отговорност до размера на договорените лимити или

6.4. Одобрено от Застрахователя извънсъдебно споразумение между Застрахования и увреденото лице.

т. 7 - при застраховка „Гражданска отговорност на юридически лица”

7.1. Уведомление.

7.2. Доказателство за спазване на всички договорно и/или нормативно установени срокове за уведомление на застрахователя за възникване на обстоятелство, които могат да ангажират отговорността на застрахования, както и доказателства, че застрахователят е бил надлежно сезиран за наличието на съдебно и/или по друг начин предявена претенция срещу застрахования;

7.3. Влязло в сила съдебно решение на компетентен български съд срещу застрахования за установяване на гражданската му отговорност до размера на договорените лимити или

7.4. Одобрено от Застрахователя извънсъдебно споразумение между Застрахования и увреденото лице.

т. 8 - при застраховка „Отговорност на превозвача”

8.1. Уведомление.

8.2. Писма, призовки, експертизи, решения, и др. подобни, свързани с иски или съдебни процедури срещу Застрахования.

8.3. Документи, имащи отношение към събития или претенции, покрити по застраховката.

(2) Документите и доказателствата по алинея 1 се предоставят на Застрахователя:

т. 1. финансови документи (фактури, фискални бонове за извършени от застрахования медицински и други разходи, които той претендира да му бъдат възстановени) – в оригинал

т. 2. – медицински документи – в оригинал и да съдържат подпис и печат на лекуващия лекар или лечебното заведение. В случаите, когато същите не могат да бъдат представени в оригинал, по обективни причини, документите се представят в копие, заверено с подпис и мокър печат на съответния лекуващ лекар или лечебно заведение.

т. 3 - всички останали документи – в оригинал или копие.

(3) Всички доказателства се представят в Централно управление лично или по пощата, като получаването им се удостоверява с дата и входящ номер от служител на застрахователя.