

ПРАВИЛА ЗА ДЕЙНОСТТА ПО УРЕЖДАНЕ НА ПРЕТЕНЦИИ ПО ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ ДОГОВОРИ

С тези правила се уреждат процедурите, по които Животозастрахователна компания „Съгласие“ ЕАД (наричано по-нататък „Застрахователят“) приема претенциите по сключени застрахователни договори с компанията.

Настоящите правила уреждат още събирането на доказателства за установяване основанието и размера на претенциите, определянето размера на обезщетенията, разплащанията с потребителите на застрахователни услуги, както и реда за разглеждане на жалби, подадени от тях.

Правилата са приети на основание чл. 104, ал. 1 от Кодекса за застраховането и имат за цел гарантиране правата на потребителите на застрахователни услуги за бързо, прозрачно и справедливо уреждане на техните претенции.

Правилата са публични, като застрахователят ги публикува на страницата си в Интернет и осигурява безплатен достъп до тях в местата, където извършва дейност.

I. ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

(изм. и доп. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г.)

Член 1

(изм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г.)

Разпоредбите на тази глава уреждат общите изисквания към процеса за уреждане на застрахователни претенции.

Член 2

(изм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г.)

Уреждането на застрахователната претенция е процес, който започва от датата на предявяване на застрахователната претенция до нейното окончателно решаване. Процесът по уреждане на застрахователните претенции се извършва в дирекция „Животозастраховане“.

Член 3

3.1. (изм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г.) Данните в искането за застрахователно плащане са обект на конфиденциалност. Служителите, обработващи исканията за застрахователни плащания, както и всички останали служители, които имат достъп до тази информация, са длъжни да спазват правилата за конфиденциалност и вътрешните процедури на компанията с цел предотвратяване използването на тази информация от неоторизирани лица, както по време на решаване на застрахователната претенция, така и след нейното приключване. Лицата, които имат право на достъп до документите по застрахователната претенция са: застрахователят, застрахованият, ползващото се лице, законните наследници на застрахователя/застрахования или друго упълномощено лице или лице, имащо право на достъп до информацията по закон. Данните, респективно информацията, се предоставят на тези лица в устен или писмен вид по тяхно искане.

3.2. (изм. и доп. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г., Протокол № 129 от 29.02.2016 г.) Застрахователят няма право да предоставя информацията за претенцията на трети лица, освен на лицето, за което се отнасят данните, неговите законни наследници, ползващото се лице, както и на лицата, на които лицето, за което се отнасят данните, е дало изричното си писмено съгласие за предоставянето им.

3.3. (отм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г.)

3.4. (изм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г.) Служителите на застрахователя нямат право да дават представените по повод заведената застрахователна претенция оригинали на документи, освен на лицето, за което се отнасят данните или на неговите законни наследници. Оригинали на документи могат да се предоставят на компетентните държавни органи, когато са необходими в хода на провеждано тяхно разследване. В този случай на оригиналите са прави копие, което остава към документите по

заведената претенция, като към копието се съставя доклад, удостоверяващ местонахождението на оригиналите. Предаването на оригинални документи става само с приемо-предавателен протокол.

3.5. (изм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г.) Всички копия на документи, използвани в процеса по уреждане на претенциите, се обозначават с печат „Вярно с оригинала“ и подпис на служителя, извършил сверяването. Застрахователят приема и нотариално заверени копия на оригиналните документи.

II. ПРИЕМАНЕ НА ИСКАНЕ ЗА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ПЛАЩАНЕ И УРЕЖДАНЕ НА ПРЕТЕНЦИИ ПО ЗАСТРАХОВКИ „ЖИВОТ“ И „ЗЛОПОЛУКА“

Член 4

(изм. и доп. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г., Протокол № 129 от 29.02.2016 г.)

4.1 Лице, което има право да получи застрахователно обезщетение по сключен застрахователен договор, е длъжно да отправи писмена застрахователна претенция към застрахователя. Лицето е длъжно с представянето на претенцията да предостави пълни и точни данни за банковата сметка, по която да се извършат плащанията от страна на застрахователя.

4.2 Искането за застрахователно плащане се приема в централното управление на застрахователя, в друга негова агенция в страната, по пощата или чрез представител на застрахователя/застрахования/ползващите лица (представител по закон или представител, упълномощен с изрично нотариално заверено пълномощно) в сроковете, определени в действащата нормативна уредба и в Общите условия по всеки застрахователен продукт.

Член 5

(изм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г., Протокол № 129 от 29.02.2016 г.)

Приемането на искането се потвърждава с поставянето на входящ номер и дата в деня на получаване му в централно управление на застрахователя (ЦУ). В случай, че искането се подава в някоя от агенциите на застрахователя, то трябва да бъде придвижено незабавно към централно управление.

В случай, че искането се подава лично в ЦУ, служител в дирекция „Животозастраховане“ проверява и потвърждава, че искането е попълнено правилно. Неточности, непълноти или грешки в попълненото искане се поправят само от заявителя.

В случай, че искането е получено по пощата или чрез представител на застрахователя/застрахования и след получаването му са констатирани неточности, непълноти или грешки в попълненото искане, застрахователят отправя писмено искане до заявителя за отстраняването им.

Член 6

(изм. и доп. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г., Протокол № 84 от 27.05.2013 г., Протокол № 129 от 29.02.2016 г.)

Заявлението за застрахователна претенция е по образец на застрахователя и съдържа задължително следната информация:

- Номера на застрахователния договор;
- Трите имена и ЕГН на лицето, което предявява искането;
- Покрития риск, по който се предявява претенцията;
- Банкова сметка;
- Адрес и телефон за кореспонденция на предявяващия искането.

При липса на информацията по предходните точки се счита, че искането не е коректно попълнено. Срокът за разглеждане на искането започва да тече от датата на отстраняване на нередовностите.

Към искането се прилагат следните документи и информация:

- Документи, удостоверяващи наличието на сключен и действащ застрахователен договор със застрахователя – застрахователна полица, платежен документ за последна платена премия, както и евентуално издадените добавъци към застрахователния договор;

- Документи, идентифициращи лицето – документ за самоличност за физически лица или удостоверение за актуално състояние за юридически лица;
- Документи, удостоверяващи качеството на лицето и правото му да получи претендираната застрахователна сума или обезщетение – нотариално заверено копие от удостоверение за наследници, ако няма посочени бенефициенти по полицата, нотариално заверено пълномощно, служебна бележка от работодателя.
- Документи, удостоверяващи събитието, в зависимост от настъпилия риск:
 - Препис-извлечение на акт за смърт в случай на смърт;
 - Удостоверение за наследници, ако няма посочени бенефициенти по полицата;
 - Решение на ТЕЛК/НЕЛК;
 - Акт или декларация за злополука – документи издадени от МВР (протоколи за ПТП, служебни бележки и др.), от съдилищата, прокуратурата и следствените органи (съдебни решения, наказателни постановления и др.); от работодателя и НОИ (декларация и протокол от разследване на трудова злополука, разпореждане на НОИ и др.) или други документи, съдържащи информация за обстоятелствата, при които е настъпило събитието;
 - Медицински документи от лицензирани здравни органи или заведения – болнични листове, амбулаторни листове, ЛАК, направления, медицински удостоверения, епикризи, оперативни протоколи, рентгенови снимки, протоколи на ЛКК, решения на ТЕЛК/НЕЛК и др. официални медицински документи;
 - Сведение за настъпило застрахователно събитие – формуляр по образец на застрахователя, описващ обстоятелствата, при които е настъпило събитието;
 - Документи, удостоверяващи извършените от лицето разходи – рецепти, фактури с касови бележки за закупени медикаменти и консумативи, траурни обреди и др.;
 - Документ за самоличност на застрахования или нотариално заверена декларация от застрахования, че е жив на крайната дата на договора, ако не се яви лично да получи застрахователното плащане;
 - Други допълнителни документи и информация, свързани със събитието съгласно чл. 106 от Кодекса за застраховането или други документи и информация, предвидени в Общите и Специалните условия за съответния вид застраховка.

В зависимост от вида на настъпилото застрахователно събитие и покритите по конкретния застрахователен договор рискове, заявителят представя посочените по-горе документи, като те са определящи за установяване на основанието и размера на претенцията.

Член 7

(отм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г.)

Член 8

(отм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г.)

Член 9

(отм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г.)

Член 10

(изм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г. , Протокол № 129 от 29.02.2016 г.)

10.1 При предявяване на застрахователна претенция застрахованият, застрахованият, ползващите се лица или техен представител са длъжни да приложат всички необходими документи съгласно разпоредбите на Общите условия по всеки застрахователен продукт.

10.2 Въз основата на подадените документи, служителите на застрахователя проверяват в информационната система на застрахователя, дали са платени всички премии и дали застрахователният договор е действащ.

10.3 В случаите, когато няма сключен застрахователен договор или той не е в сила, служителите отбелязват това на искането за застрахователно плащане и писмено уведомяват заявителя.

Член 11

(отм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г.)

Член 12

(отм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г.)

Член 13

(отм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г.)

Член 14

(отм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г.)

Член 15

(изм. и доп. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г., Протокол № 84 от 27.05.2013 г.)

Всяко представяне на документи по претенции и жалби се удостоверява с входящ номер и дата в деловодството на застрахователя.

Член 16

(изм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г.)

16.1 Ако при предявяване на застрахователна претенция, не са приложени всички необходими документи, застрахователят е длъжен в писмен вид да изиска необходимите документи от заявителя.

16.2 Застрахователят е длъжен да изиска необходимите данни, които са важни за установяване на фактите и обстоятелствата, при които е настъпило застрахователното събитие, както и определяне на размера на застрахователното плащане. Той може да изиска тази информация от държавни органи, здравни и болнични заведения, други застрахователни компании, застрахователни посредници, свидетели на събитието и други. Допълнителни доказателства може да се изискват само в случай, че необходимостта от тях не е можела да бъде предвидена към датата на завеждане на претенцията и най-късно в срок 45 дни от датата на представяне на доказателствата, изискани при предявяване на претенцията и изброени в застрахователния договор и настоящите правила.

Член 17

(изм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г.)

17.1 Ако застраховащият, застрахованият или ползващите се лица не предоставят необходимите изискани документи или данни и застрахователят не успее да намери необходимата информация или документи, до които има достъп, и ако така предоставените документи не са достатъчни за решаване на застрахователната претенция, се процедира съгласно чл. 30 на тези правила.

17.2 При писмено заявление от страна на лицето, за което се отнасят данните или неговите законни наследници, застрахователят трябва да върне всички оригинални документи, включени в списъка по претенцията. Застрахователят прави копия на оригиналите съгласно чл. 3 от тези правила, след което приключва застрахователната претенция и я архивира.

Член 18

(изм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г., отм. с решение на СД по Протокол № 129 от 29.02.2016 г.)

Член 19

(изм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г.)

19.1 При редовност на застрахователния договор и представените документи и въз основа на мнението на доверения лекар на застрахователя Застрахователно-медицинската комисия (ЗМК) на застрахователя взема решение по застрахователната претенция. Довереният лекар на застрахователя не дава мнение за основанията за плащане на претенцията, а само по медицинските въпроси и факти, които са важни при взимане на решение за основанията за решаване на претенцията.

19.2 Съставът на ЗМК се определя със заповед на изпълнителния директор на застрахователя.

19.3 Решението на ЗМК може да бъде едно от следните:

- претенцията се признава за основателна и се определя изплащане на застрахователната сума или обезщетение;
- претенцията се определя като неоснователна и се отказва изплащане на застрахователната сума или обезщетение. В този случай за решението на ЗМК се съставя протокол, който е неразделна част от преписката.

19.4. При уважаване на претенцията в решението на ЗМК за изплащане на застрахователната сума или обезщетение се вписва:

- основанието за плащане;
- вида и размера на плащането;
- името на лицето, което ще получи сумата или обезщетението.

Член 20

(отм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г.)

Член 21

(изм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г.)

21.1. Застрахователят извършва преценка на медицинските последици в резултат на настъпилото застрахователно събитие на базата на получената медицинска документация. При по-сериозни, неясни или гранични случаи застрахователят се консултира с доверения лекар на компанията, като мнението на лекаря е само предложение.

21.2 При необходимост и при преценка на доверения лекар застрахователят може да извика застрахования на медицински преглед. На базата на проведеня медицински преглед и съгласно условията на застрахователния договор, ЗМК предлага писмено процент на загубена работоспособност.

21.3 Застрахователно-медицинската комисия на застрахователя определя процента на загубена работоспособност в резултат на злополука съгласно Специалните условия по допълнителна застраховка „Злополука“ на базата на решение на ТЕЛК и всички други изискуеми по Общите условия медицински документи.

Член 22

(отм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г.)

Член 23

(изм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г.)

23.1 Плащането на застрахователната сума/обезщетение по сметката на ползващото се лице се извършва от дирекция „Финанси и счетоводство“ след представяне на становище за плащане от дирекция „Животозастраховане“ и се изплаща съгласно Общите условия на всеки вид застраховка.

23.2 В случаите, когато застрахованият или ползващите се лица не се явят да получат плащането или не предоставят банкова сметка за превеждане на обезщетението, то застрахователят не дължи лихви за забава.

Член 24

(изм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г., Протокол № 84 от 27.05.2013 г.)

24.1 Когато ползващото се лице е малолетен/а, застрахователят извършва плащането по банкова сметка на малолетното ползващо се лице. В случай, че такава сметка не е открита от родителите или настойниците на малолетното ползващо се лице, тя се открива служебно от

застрахователя. За извършване на плащането се уведомяват законните представители на малолетното ползващо се лице.

24.2 По изрично искане на родителите или настойниците, застрахователно плащане на лице, ненавършило 18 години, може да се извърши и по банкова сметка на единия родител или настойник, с писменото съгласие на другия родител/настойник. В този случай към искането за застрахователно плащане се прилага и нотариално заверено копие от акта за раждане на ползващото се лице.

Член 25

(изм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г.)

Преди изплащане на застрахователното плащане, застрахователят проверява дали всички дължими премии са били платени. Ако дължимата премийна вноска не е била платена, при изплащане на застрахователната сума/обезщетение застрахователят приспада размера на неплатената вноска/и.

Член 26

(изм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г., Протокол № 129 от 29.02.2016 г.)

Изплащането на застрахователното обезщетение се извършва съгласно Общите условия на всеки вид застраховка, но не по-късно от 15 работни дни от датата, на която са били представени всички необходими и изискани документи за установяване на застрахователното събитие и размера на плащането, по реда и в сроковете съгласно тези правила.

Член 27

(отм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г.)

Член 28

(изм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г., доп. с решение на СД по Протокол № 129 от 29.02.2016 г.)

28.1 Когато застрахователната претенция бъде приключена с изплащане на застрахователната сума/обезщетение, към събраните документи се прилага нареждане за изплащане на сумата като ползващото се лице се уведомява писмено.

28.2 Когато искането за застрахователно плащане е отказано, застрахованият, застраховачият, ползващите се лица или техният представител трябва се уведомяват писмено за това. Уведомлението включва данни за идентифициране на застрахователната претенция (номер на претенцията, дата на застрахователното събитие и др.), както и мотивите за отказа.

28.3 Когато не са представени всички доказателства по претенцията, застрахователят се произнася по един от горепосочените начини не по-късно от 6 месеца от датата на предявяването на претенцията.

Член 29

(отм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г.)

Член 30

(изм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г.)

30.1 След като застрахователната претенция бъде приключена с изплащане на застрахователната сума/обезщетение или по нея писмено бъде отказано плащане, тя се закрива от дирекция „Животозастраховане“, като на формуляра се записва датата на закриване.

30.2 Застрахователната претенция може да бъде ре-активирана със същия номер, ако по нея бъдат получени допълнителни искания за застрахователни плащания, жалба или други факти, които оказват влияние върху решаването на претенцията.

Член 31

(отм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г.)

Член 32

(отм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г.)

III. ПРОЦЕДУРА ЗА РЕШАВАНЕ НА ЖАЛБИТЕ

Член 33

(изм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г.)

33.1 Процедурата по решаване на жалбите осигурява бързо, прозрачно и справедливо решаване на постъпилите в компанията жалби, които се разглеждат при спазване на законовите изисквания, застрахователната практика и правата на тъжителите.

33.2 Жалбите се разглеждат по реда на дефинираните в тези правила процедури, а при неописани в тях процедури се прилага действащото законодателство.

Член 34

(изм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г., Протокол № 129 от 29.02.2016 г.)

Жалбата може да бъде подадена в ЦУ, както и във всеки друг офис на застрахователя, като в този случай жалбата се препраща още в същия ден в ЦУ. Жалбата може да бъде съобщена на застрахователя писмено, чрез интернет страницата на компанията, чрез електронна поща или поща, по факс и др.

Член 35

(изм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г., Протокол № 129 от 29.02.2016 г.)

35.1 Всяка жалба се регистрира в „Книга за жалбите“ на застрахователя.

35.2 Жалбите се разглеждат от Комисия по жалбите, чийто състав се определя със заповед на изпълнителния директор на компанията.

35.3 По време на разглеждане на жалби от Комисията по жалбите се води протокол за реда и начина на вземане на решенията. Протоколът се води от един от членовете на Комисията.

35.4 Срокът за решаване на жалбата е до 1 месец от предявяването ѝ пред застрахователя.

35.5 След разглеждане, застрахователят взема решение, което може да бъде:

1. отхвърляне на жалбата като неоснователна;
2. определяне на жалбата като основателна и постановяване на решение.

35.6 Застрахователят уведомява писмено жалбоподателя за взетото решение.

Член 36

(отм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г.)

Член 37

(отм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г.)

Член 38

(отм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г.)

Член 39

(отм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г.)

IV. ПРОЦЕДУРА ЗА ПРИЕМАНЕ, ОБРАБОТКА И ИЗПЛАЩАНЕ НА СУМИ ПО ИСКАНИЯ ЗА ОТКУПИ ПО ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ ДОГОВОРИ

Член 39А

(допълнен с решение на СД Протокол № 50 от 08.09.2011 г. , Протокол № 129 от 29.02.2016 г.)

В ЖЗК „Съгласие“ ЕАД се прилага следната процедура за приемане, обработка и изплащане на суми по искания за откупи по застрахователни договори:

39а.1 Искането за откуп с всички приложения към него документи се подава от застрахователя. Застрахователят може да изпрати искането по пощата, да го подаде лично в ЦУ, в някоя от агенциите на компанията или офисите на брокерите, с които тя има договорни отношения. При постъпване на искане за откуп в ЦУ, то се приема с входящ номер от съответната дата на подаване/получаване в дирекция „Административно-правна“ и се предава за обработка в дирекция „Животозастраховане“.

39а.2 В случай, че искането за откуп или документите към него са непълни, дирекция „Животозастраховане“ уведомява писмено застрахователя за необходимостта да представи допълнителни документи.

39а.3 Исканията за откуп се обработват след представяне на всички необходими документи. Срокът за изплащане на откупната стойност започва да тече от датата на представянето им.

39а.4 Одобрените за изплащане на откупна стойност искания се предават на дирекция „Финанси и счетоводство“.

39а.5 Срокът за изплащане на откупната стойност е 15 работни дни от поискването му.

39а.6 В случай на отказ за изплащане на откупната стойност дирекция „Животозастраховане“ уведомява писмено застрахователя за основанията за отказа съгласно ОУ.

39а.7 След извършване на плащането дирекция „Животозастраховане“ уведомява писмено застрахователя за датата и размера на изплатената откупна стойност.

V. ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

Член 40

(отм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г.)

Член 41

(изм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г. , Протокол № 84 от 27.05.2013 г.)

По смисъла на тези правила „Централно управление“ на компанията означава централният офис на ЖЗК „Съгласие“ ЕАД, намиращ се на следния адрес: гр. София, бул. „Тодор Александров“ 141.

Член 42

(изм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г., Протокол № 84 от 27.05.2013 г., Протокол № 129 от 29.02.2016 г.)

Настоящите правила са приети с решение на Съвета на директорите на ЖЗК „Съгласие“ ЕАД от 26.05.2007г., изменени с Протокол № 50/08.09. 2011 г., Протокол № 84/27.05.2013 г. и Протокол № 129/29.02.2016 г.