

ВЪТРЕШНИ ПРАВИЛА

ЗА ДЕЙНОСТТА ПО УРЕЖДАНЕ НА ПРЕТЕНЦИИ ПО ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ ДОГОВОРИ

ГЛАВА ПЪРВА **ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ**

I. ПРЕДМЕТ

1. Тези Правила за дейността по уреждане на претенции по застрахователни договори (Правилата) на “ЗАСТРАХОВАТЕЛНА КОМПАНИЯ БЪЛГАРИЯ ИНШУРЪНС” АД, наричано по-нататък “Застраховател”, приети на основание чл. 104, ал.1 от Кодекса за застраховането (КЗ), са вътрешен нормативен акт, изготвени са в съответствие с изискванията на действащото законодателство на Република България и уреждат процедурите по:

- уведомяване за настъпването на застрахователно събитие;
- завеждане на щетите;
- приемане на претенции по застрахователния договор;
- събиране на необходимите доказателства за установяване на основанието за претенциите и размера на вредите;
- оглед и оценка на причинените от застрахователното събитие вреди;
- определяне размера на обезщетението;
- изплащане на обезщетението;
- отказ за изплащане на застрахователно обезщетение;
- приемане и разглеждане на жалби;
- предявяване на регресни права към виновното лице.

Настоящите правила гарантират правата на потребителите на застрахователни услуги за бързо, прозрачно и справедливо уреждане на техните претенции.

2. Политиката на Застрахователя при уреждането на претенциите се определя от принципите на коректност, законосъобразност, ликвидност, сигурност и справедливост.

3. Отношенията по предоставяне на застрахователни услуги между Застрахователя и неговите клиенти се уреждат чрез застрахователни договори и общи условия, отговарящи на изискванията на действащото законодателство и утвърдената политика на Застрахователя.

4. Тези Правила не регламентират случаите, когато се касае за големи рискове по смисъла на §1, т. 31 от ДР на КЗ.

II. ВИДОВЕ ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ ПРОДУКТИ

5. Застрахователят предоставя на своите клиенти - физически и юридически лица, следните видове застрахователни продукти, които в зависимост от предмета на застрахователния договор и застрахователния риск са:

- застраховки Заболяване;
- застраховки Злополука;
- застраховки Пожар и природни бедствия;
- застраховки Други щети на имущество;
- застраховки Помощ при пътуване в чужбина;
- застраховки на товари по време на превоз;
- застраховки на релсови превозни средства;
- застраховки на сухопътни превозни средства (без релсови);
- застраховки на плавателни съдове;
- застраховки на летателни апарати;
- застраховки на разни финансови загуби.

6. Посочените застрахователни продукти са предназначени за широк кръг от потребители на застрахователни услуги и предмет на тези застраховки са: здравословното състояние, лечението и финансовото обезпечаване на ползваните здравни услуги и стоки; възникването на събития, свързани с живота, работоспособността, здравето и телесната цялост на застрахованите лица, включително събития, възникнали по време на пътуване извън страната; възникване на вреди върху движимо и недвижимо имущество, собственост на застрахования или на трето лице, за което той носи отговорност, свързаната с това имущество отговорност за причинени на трети лица имуществени или неимуществени вреди; възникване на вреди върху товари по време на превоз; възникване на вреди върху транспортни средства - сухопътни (без релсови), плавателни, летателни и релсови; възникване на финансови

загуби за застрахованите лица вследствие проявление на специфични рискове, описани в съответната застрахователна полица. При проявление на всеки конкретен риск, предвиден в отделния застрахователен договор, се ангажира отговорността на Застрахователя съгласно този договор да изплати на Застрахования или на трето ползващо се лице застрахователно обезщетение за претърпените вреди (щети) – частични или тотални.

7. Предмет на имуществените застраховки са права, които за Застрахования са оценени в пари.

8. Предлаганите от Застрахователя договори за застраховка „Заболяване“ се сключват срещу събития, свързани със здравословното състояние на физическо лице.

9. Договорът за застраховки “Злополука” може да се сключи от едно лице (наричано “застраховач/договорител”) с предмет здравето или телесната цялост на трето лице (наричано “застрахован”). Този договор има сила само ако е сключен с изричното писмено съгласие на третото лице, което винаги може да го прекрати с едностранно писмено изявление, отправено до Застрахователя.

10. При сключване на договора за застраховка “Злополука”, както и по всяко време на действието му, Застрахованият може да определи трето ползващо се лице. За сключване на договора в полза на третото лице не е необходимо неговото съгласие. Третото ползващо се лице губи правата си по договора, ако умишлено е причинило застрахователното събитие.

11. Преди сключване на договор за застраховка “Злополука” и „Заболяване”, както и по време на действието на договора, Застрахователят има право да получи подробна и точна информация относно възрастта, пола и здравословното състояние на лицето, чието здраве или телесна цялост са предмет на застраховане.

ГЛАВА ВТОРА

ПРАВИЛА ЗА УРЕЖДАНЕ НА ПРЕТЕНЦИИ ЗА ЩЕТИ

I. УВЕДОМЯВАНЕ ЗА НАСТЪПИЛО ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ

12. Независимо от територията, на която е настъпило застрахователното събитие или където е сключен застрахователния договор, претенциите се уреждат в Централния офис на Застрахователя в град София.

13. Уведомяването на Застрахователя за настъпване на застрахователно събитие и причинени вреди се извършва в съответствие с разпоредбите на чл. 403 от Кодекса за застраховането и в сроковете, посочени в Общите условия на всеки отделен вид застраховка.

14. Уведомлението за щета се подава на бланка по образец на Застрахователя. В него задължително се посочва номерът на застрахователната полица, по която се подава, характера на настъпилото събитие, както и качеството на лицето, което го подава – застрахован, посредник, договорител, ползващо лице. Приемането се удостоверява с регистрация (входящ номер и дата) в деловодната и/или номер от информационната система на Застрахователя.

15. При необходимост уведомяването става със съдействието на регионалния координатор/посредник за територията, на която е настъпило застрахователното събитие или е сключен застрахователният договор.

16. За настъпило застрахователно събитие може да бъде съобщено и по телефона или по електронна поща в свободен текст. Застрахованият подава писмено уведомление за събитието съгласно образца на Дружеството в първия възможен за него момент.

17. При приемане на уведомлението за причинени застрахователни щети, съответният представител на Застрахователя проверява дали са изпълнени следните изисквания:

- Застрахованият да притежава валидна застрахователна полица;
- застрахователните премии, предвидени в полицата да са платени в установените срокове и размер;
- застрахователното събитие да е настъпило през периода на действие и в териториалния обхват на полицата;
- събитието, причинило претендираните вреди, да е покрит риск съгласно сключения застрахователен договор.

18. В случай, че не са спазени сроковете за уведомяване на Дружеството съгласно Общите условия и/или други законови разпоредби, Застрахованият следва да изложи в писмен вид причините за закъснението си. Независимо от основателността на тези причини, представителят на Дружеството приема и завежда подаденото уведомление.

II. ЗАВЕЖДАНЕ НА ПРЕТЕНЦИИ И СЪБИРАНЕ НА ДОКАЗАТЕЛСТВА

19. Завеждането на претенции става пряко от застрахования или от негов законен/упълномощен представител чрез попълване на Претенция за обезщетение (чл. 380 от КЗ), която се приема от представител на Застрахователя и данните се въвеждат в информационната система на дружеството.

20. Застрахованият е задължен да допусне Застрахователя за извършване на оглед на увреденото имущество и да му предостави всички документи, пряко свързани с установяването на застрахователното събитие и размера на вредите. Застрахователят уведомява писмено Застрахования за допълнителните документи и информация, които той трябва да представи за доказване на основанието и размера на претенцията. Застрахователят може да изисква допълнителни доказателства при спазване на нормите на чл. 106, ал. 3, ал. 4 и ал. 5 от Кодекса за застраховането. Представянето на всички доказателства (първоначални и последващи) от Застрахования се удостоверява от Застрахователя с поставянето на входящ номер и дата.

21. В периода след завеждане на претенцията Застрахованият е длъжен да извърши необходимите действия за ограничаване на вредите от застрахователното събитие и да следва указанията на Застрахователя.

22. Огледът на щетите се извършва от представител на Застрахователя в присъствие на Застрахования или негов пълномощник. При необходимост от специални познания в огледа на имуществото се включва и вещо лице, което

се избира от и е за сметка на Застрахователя.

23. В случаите, когато щетата е причинена от трето лице и то е известно, по възможност се осигурява присъствие и на това лице или негов представител. В случаите, когато във връзка с настъпилите щети се извършва инвентаризация на обект, е необходимо и присъствието на материалноотговорното лице за този обект, като се спазват изискванията на Закона за счетоводството при изготвяне на ведомостта за инвентаризацията.

24. При извършване на огледа представителят на Застрахователя / вещото лице изготвя фотоснимки, които максимално да отразяват вида, характера и степента на настъпилите вреди.

25. Установените факти и обстоятелства се вписват в протокол за оглед на щетата, изготвен по време на извършване на огледа.

26. Протоколът за огледа се подписва от всички участници, като екземпляр от него се предоставя на Застрахования. В случай, че Застрахованият не е съгласен с направените в протокола констатации, това се отбелязва в протокола и Застрахованият се подписва с особено мнение.

27. В протокола за оглед се описват подробно всички увредени или погинали имущества, вида на щетите и други данни, позволяващи максимално точно да се определи размера на обезщетението в процеса на ликвидация на щетите.

28. В протокола за оглед детайлно се описва причината за настъпване на застрахователното събитие, когато тя е известна. В противен случай се описват предполагаемите причини и предпоставките за тях.

29. Всички препоръки и указания, целящи ограничаване на вредите, дадени от Застрахователя при извършване на огледа, имат задължителен характер за застрахованите лица, но не означават, че Застрахователят признава претенцията по основание и/или размер.

30. Застрахователят има право да изиска и получи от Застрахования и други документи и/или материали, извън посочените в договора и общите условия и/или настоящите Правила, които пряко или косвено имат отношение към застрахователното събитие и могат да послужат при определяне на основанието за изплащане на застрахователното обезщетение или размера му при спазване условията на чл. 106, ал. 4 и ал. 5 от КЗ.

31. Цялата кореспонденция се води в писмена форма във всички етапи на процеса по уреждане на претенции. Изискването на документи от Застрахования става само в писмен вид – с писмо, по електронна поща или по друг начин, който еднозначно документира това. Получаването на документи по щетата трябва да бъде регистрирано в писмен вид - с документа от пощенската пратка, с входящ номер, със системната дата на електронната поща, с подпис на представящия документа или по друг еднозначно документиращ това начин. Писмената форма се счита за спазена и в случай на кореспонденция по електронна поща.

III. ОПРЕДЕЛЯНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНОТО ОБЕЗЩЕТЕНИЕ ПО РАЗМЕР И ОСНОВАНИЕ

32. Застрахователното обезщетение се определя в границите на застрахователната сума, предвидена в застрахователния договор (полицата). Лимитът на застрахователното покритие по застраховката за всяко събитие се определя с полицата.

33. Размерът на застрахователното обезщетение се определя в зависимост от степента на съответствие между застрахователната сума и действителната/възстановителната стойност на погиналото или увредено имущество към датата на събитието.

34. За действителна се смята стойността, срещу която вместо застрахованото имущество може да се купи друго със същото качество. За възстановителна стойност се смята цената за възстановяване на имуществото от същия вид, в това число всички присъщи разходи за доставка, строителство, монтаж и други, без прилагане на обезценка. По отношение на всяко отделно увредено имущество се прилага стойността, определена за него със застрахователния договор.

35. При установяване на надзастраховане, т.е. ако в полицата е уговорена по-голяма застрахователна сума от действителната/възстановителната стойност на застрахованото имущество, отговорността на Застрахователя е до размера на действителната/възстановителната стойност на увреденото имущество към момента на настъпване на застрахователното събитие.

36. При установяване на подзастраховане, т.е. ако е уговорена по-малка застрахователна сума от действителната/възстановителната стойност на застрахованото имущество, обезщетението се определя според съотношението между застрахователната сума и действителната/ възстановителната стойност.

37. Ако застрахователният договор е сключен съгласно чл. 389 ал. 1 от КЗ, обезщетява се пълният размер на вредата, доколкото тя не надвишава застрахователната сума по полицата.

38. В резултат на застрахователно събитие могат да настъпят вреди, които представляват частични или тотални щети:

- частични щети - имуществото е увредено до степен, която позволява неговото възстановяване чрез ремонт и то е икономически обосновано и целесъобразно;
- тотални щети – имуществото е погинало напълно или в степен, която не позволява неговото възстановяване чрез ремонт или разходите за това възстановяване надхвърлят 80 % от стойността на имуществото.

39. Застрахователят не дължи обезщетение за пропуснати ползи на Застрахования, освен ако това изрично не е предвидено в застрахователния договор или в закона. Не подлежат на обезщетение и направени след настъпване на застрахователното събитие разходи за конструктивни и проектни изменения, подобрения и други подобни.

40. В случаите, когато за едно и също имущество са сключени два или повече застрахователни договора при различни застрахователи, при еднакви покрити застрахователни рискове, и сборът на отделните застрахователни суми надвишава действителната/възстановителната стойност на застрахованото имущество, Застрахователят

отговаря в такава пропорция, в каквата застрахователната сума по сключената с него застраховка се отнася към общата застрахователна сума на всички застраховки.

41. Застрахователят приспада от размера на изчисленото обезщетение:

- стойността на годните материали;
- обезщетението, получено от Застрахования от причинителя на вредите или други трети лица;
- неплатени застрахователни премии по договора (при предварителна уговорка за разсрочено плащане);
- самоучастие на Застрахования, ако е предвидено със застрахователния договор;
- изплатените обезщетения по предишни щети за същото имущество по същата полица, в случай, че имуществото не е дозастраховано или не е застраховано съгласно чл. 389 ал. 1 от КЗ.

42. За доказване на претенцията по основание Застрахованият представя следните, но не само, документи:

- валидна застрахователна полица и приложения към нея (добавъци, споразумения, опис на имуществото и други документи, които имат отношение към установяване на основанието и размера на претенцията, като се има предвид разпоредбата на чл. 106, ал. 5 от КЗ);
- документи, доказващи плащането на застрахователната премия в сроковете, предвидени в договора;
- документи, идентифициращи лицето (документ за самоличност, удостоверение за актуално състояние) и удостоверяващи качеството на лицето и правото му да получи претендираното обезщетение;
- документи, доказващи застрахователен интерес (нотариални актове, договори за покупко- продажба, фактури за закупуване, митнически декларации, договори за отдаване под наем или лизинг и други документи, които имат отношение към установяване на основанието и размера на претенцията, като се има предвид разпоредбата на чл. 106, ал. 5 от КЗ.
- документи, издадени от съответен държавен орган и доказващи настъпване на застрахователно събитие:
 - при пожар – от ПБЗН;
 - при кражба, грабеж, злоумишлени действия от страна на трети лица (вандализъм) – документ от съответния правоохранителен орган;
 - при щети от природни бедствия (буря, градушка, тежест от натрупване на сняг и лед, наводнение, морски вълни, мълния, измръзване) – писмо от съответния оторизиран държавен орган (хидрометеорологична или метеорологична станция, басейнова дирекция, пристанищна администрация, поделение на ИА „Борба с градушките“, други органи на централната или местна държавна власт) или от средствата за масова информация;
 - при щети от удар от пътнотранспортно средство – протокол от МВР - КАТ.
- документи, доказващи събития, за които не се произнася компетентен държавен орган:
 - актове за авария;
 - показания на свидетели;
- документи, доказващи изпълнение на задълженията на Застрахования по спазване на специалните изисквания за производство, съхранение, транспортиране и експлоатация на застрахованото имущество и разпорежданията на компетентните органи.

43. Застрахователят, преди да вземе решение по заявената щета, преценява и обстоятелства:

- настъпили по време на действието на договора и довели до увеличаване на риска, за които Застрахованият не е уведомил Застрахователя;
- довели до настъпване на застрахователното събитие, поради недостатъчни мерки от страна на Застрахования за съхранение и опазване на имуществото;
- предизвикани от трети лица, станали причина за настъпване на застрахователно събитие.

44. Застрахователят има право, при съобразяване с разпоредбата на чл. 106, ал. 5 от КЗ, да изиска и да получи от Застрахования и други документи и/или материали, неупоменати по-горе, които пряко или косвено имат отношение към застрахователното събитие и могат да послужат при определяне на основанието за изплащане на застрахователното обезщетение и/или размера му.

45. Застрахователят, след извършване на необходимите действия и набавяне на съответните документи, доказващи основанието и размера на претенцията, изготвя Доклад за плащане или за отказ от изплащане на обезщетение. Към Доклада се прилагат всички документи, събрани по преписката. За решението по щетата застрахованият се уведомява писмено.

IV. ПРЕДЯВЯВАНЕ НА ПРЕТЕНЦИИ, СЪБИРАНЕ НА ДОКАЗАТЕЛСТВА И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНОТО ОБЕЗЩЕТЕНИЕ ПО ЗАСТРАХОВКА “ЗАБОЛЯВАНЕ”

46. Уведомление за претенция по застраховка “Заболяване” се подава и приема от представител на Застрахователя в централния офис или в териториалните структури в страната и се завежда с входящ номер и дата. При необходимост уведомяването става със съдействието на регионалния лекар - организатор за територията, на която е настъпило застрахователното събитие или е сключен застрахователният договор.

47. Уведомления се приемат чрез националния телефонен номер на кол-центъра на Дружеството и/или на друг телефон, изрично посочен в конкретния застрахователен договор. Всички уведомления се завеждат с входящ номер и дата.

48. При подаване на уведомление Застрахованият трябва да посочи името на Застрахователя и полицата, по която се активира отговорността на Застрахователя.

49. След установяване на валидността на покритието служителят, приел уведомлението, провежда консултация относно възникналия здравословен проблем и насочва застрахования към най-близкия подходящ специалист и лечебно заведение, с които има сключен договор, като при необходимост запазва час и дата за посещение.

50. Посещение при специалист и/или лечебно заведение Застрахованият прави, като задължително представя своята здравна карта, издадена от Застрахователя. В този случай последният извършва плащане директно към здравното заведение в съответствие с конкретните условия и лимити по полицата.

51. По риска „Възстановяване на разходи“ Застрахованият сам заплаща разходите за получените медицински услуги и стоки, след което в срок до 10 работни дни представя на Застрахователя Искане за възстановяване на разходи по образец, заедно с придружаващи го документи съгласно Общите условия.

52. Предявяването на претенцията за плащане на застрахователно обезщетение се извършва от Застрахования, негов законен представител или от упълномощено от него лице. В заявлението задължително се посочва номерът на застрахователната полица, по която се подава претенцията, както и качеството на лицето, което я предявява – застрахован, договорител, ползващо лице. Приемането на заявлението се удостоверява от Застрахователя по реда на т. 14 от настоящите Правила.

53. След завеждане на претенцията Застрахователят извършва проверка на представените документи при спазване на следните правила и процедури:

53.1. При претенция от физическо лице: проверка по ЕГН – дали лицето има валидна застрахователна полица, дали е достигнат лимитът по съответния риск, дали е спазен срокът за представяне на фактурите, справка със здравния статус на лицето във връзка с конкретното заболяване. Ако исканата сума надвишава 200 лв., искането се разглежда от лекарска комисия, която дава становище по основанията му. Съставът и правомощията на лекарската комисия се определят със заповед на Директор Дирекция „Застрахователни претенции“ в съответствие с необходимата за случая компетентност на медицинските специалисти.

53.2. Претенциите (отчетите), представяни от лечебните заведения съдържат спецификация за извършените дейности, медицински и финансови документи. Извършва се лекарска проверка, която включва:

- сравнение на описаните дейности в отчета с медицинските документи;
- съпоставка на диагнозите с назначените изследвания;
- сравнение на осъществените изследвания с назначените;
- проверка дали са приложени резултатите от направените изследвания;
- проверка на статуса на прегледаните пациенти съгласно т. 23.1.
- при необходимост се извършва втора лекарска проверка.

54. След преценка на всички изисквани доказателства съответният лекар-специалист или лекарската комисия, определен със заповед на Директор Дирекция „Застрахователни претенции“ дава становище и препоръка за основателността на претенцията и размера на застрахователното обезщетение, или за отхвърляне на искането за плащане. Застрахователят въз основа на заключението одобрява или отхвърля искането за изплащане на обезщетение.

55. При възстановяване на разходи се прилага договореното самоучастие на Застрахования в стойността на ползваната здравна услуга или стока, посочено в Полицата или в Приложение към нея.

56. При изплащането на обезщетение и всички останали процедури се прилагат Общите условия по този вид полица, както и настоящите Вътрешни правила.

57. Плащането на застрахователно обезщетение се извършва от Застрахователя в срока по чл. 108, ал. 1 от КЗ на лицето, имащо право да получи сумата съгласно условията на застрахователния договор. Суми до 50 лв. се изплащат на каса, а над тази сума – по посочена от лицето банкова сметка.

V. ПРЕДЯВЯВАНЕ НА ПРЕТЕНЦИИ, СЪБИРАНЕ НА ДОКАЗАТЕЛСТВА И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНОТО ОБЕЗЩЕТЕНИЕ ПО ЗАСТРАХОВКА “ЗЛОПОЛУКА”

58. При предявяване на претенции по застраховка “Злополука” се прилагат разпоредбите на Глава Втора, Раздел IV от тези Правила.

59. Предявяването на претенцията за плащане на застрахователно обезщетение се извършва от Застрахования или от упълномощено от него лице. В заявлението задължително се посочва номерът на застрахователната полица, по която се подава претенцията, както и качеството на лицето, което я предявява – застрахован, ползващо лице. Приемането на претенцията се удостоверява от Застрахователя по реда на т. 14 от настоящите Правила.

60. Лицето, подаващо претенцията, посочва и/или описва документите, които се представят заедно с нея. При приемане на претенцията, а също и по-късно в процеса на установяване на вредите, Застрахователят може да изиска от Застрахования или от третото ползващо се лице и други документи, необходими за установяване на размера на обезщетението и основанията за неговото изплащане. При изискването на доказателствата от Застрахования Застрахователят спазва процедурата на т. 18 от тези Правила.

61. За доказване на претенцията си за плащане на обезщетение по застраховка “Злополука” Застрахованият или ползващото се лице, наред с документите по т. 43 (валидна застрахователна полица, документи, доказващи плащане на застрахователните премии, документи, идентифициращи лицето и доказващи застрахователен интерес и пр.), представя и:

- документи, издадени от съответен държавен орган и доказващи настъпване на застрахователно събитие - медицински документи, удостоверяващи първоначалното поставяне и уточняване на диагнозата, история на

увреждането и провежданото лечение (амбулаторни листове, направления, епикризи, оперативни протоколи, протоколи на ЛКК, рецептурни книжки, решения на ТЕЛК/НЕЛК, рентгенови снимки, медицински удостоверения и други), документи, издадени от МВР и сектор КАТ (протоколи за ПТП, служебни бележки), декларации и протоколи от разследване на трудови злополуки, разпореджания на НОИ и други документи, които имат отношение към установяване на основанието и размера на претенцията, като се има предвид разпоредбата на чл. 106, ал. 5 от КЗ;

- документи, за които не се произнася компетентен държавен орган и удостоверяващи извършените от лицето разходи – рецепти, фактури издадени на името на лицето с приложена касова бележка, други официални платежни документи.

62. След представяне на изисканите доказателства Застрахователят взема решение, с което признава основателността на претенцията и определя размера на застрахователното обезщетение или отхвърля искането за плащане.

63. Плащането на застрахователно обезщетение се извършва от Застрахователя в срока по чл. 108, ал. 1 от КЗ на лицето, имащо право да получи сумата съгласно условията на застрахователния договор. Суми до 50 лв. се изплащат на каса, а над тази сума – по посочена от лицето банкова сметка.

VI. ПРЕДЯВЯВАНЕ НА ПРЕТЕНЦИИ, СЪБИРАНЕ НА ДОКАЗАТЕЛСТВА И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНОТО ОБЕЗЩЕТЕНИЕ ПО ЗАСТРАХОВКА „ПОМОЩ ПРИ ПЪТУВАНЕ В ЧУЖБИНА”

64. При този вид застраховка обслужването на щетите се поема от асистираща компания. Името на асистиращата компания и нейните контакти са изрично посочени във всяка застрахователна полица. Застрахованият уведомява по телефона асистиращата компания, която го насочва към подходящо болнично заведение или предприема други необходими мерки съгласно конкретния случай и покритието по полицата. Застрахователят се счита за уведомен от момента на уведомяване по телефона, направено от Застрахования или негов представител (законен или по пълномощно) до асистиращата компания.

65. Асистиращата компания уведомява Застрахователя по телефон или електронна поща непосредствено след получаване на съобщението от застрахования за настъпило събитие в съответствие със сключения договор за Асисанс и получава потвърждение в срок до 24 часа или в първия работен ден за валидността на полицата и дали настъпилото събитие е покрито по тази полица. Застрахователно обезщетение се изплаща съгласно договореностите на асистиращата компания със съответното здравно заведение. След изплащане на дължимите разходи асистиращата компания изпраща съответните документи за това до Дружеството.

66. Ако по различни причини Застрахованият не е уведомил Асистиращата компания и със съгласието на Застрахователя сам е заплатил необходимите медицински или други разходи, същият трябва да представи на Дружеството в седемдневен срок от завръщането си в България претенция за настъпилото събитие и всички документи (вкл. документи, доказващи пътуването на датата, на която е настъпило събитието, медицински удостоверения, епикризи, доклади, фактури за извършени плащания и др. под.), които са необходими за установяване на основанието и размера на обезщетението. Исканите документи се представят в оригинал и се прилагат в заверени от заявителя копия. След изплащане на обезщетение оригиналните финансови документи се връщат на заявителя, като върху тях се отбелязват извършените плащания.

67. При предявяване на претенцията по застраховка “Помощ при пътуване в чужбина” се прилагат разпоредбите на Глава Втора, Раздел IV от тези Правила.

68. При изплащането на обезщетение и всички останали процедури се прилагат Общите условия по този вид полица, както и настоящите Правила.

VII. ПРЕДЯВЯВАНЕ НА ПРЕТЕНЦИИ, СЪБИРАНЕ НА ДОКАЗАТЕЛСТВА И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНОТО ОБЕЗЩЕТЕНИЕ ПО ЗАСТРАХОВКИ КАРГО, КАСКО НА МПС, КАСКО НА ПЛАВАТЕЛНИ СЪДОВЕ И КАСКО НА ЛЕТАТЕЛНИ СРЕДСТВА

69. При предявяване на претенции по посочените застраховки се прилагат разпоредбите на Глава Втора, Раздел I, II и III от тези Правила.

70. По застраховка “Карго – товари по време на превоз” Застрахованият е длъжен да покани аварийен комисар за установяване на основанието и размера на загубите/вредите. Докладът, изготвен от него, е един от документите, необходими за решаване на щетата, освен в случаите, когато загубите са твърде малки по размер и разходите за аварийен комисар биха надвишили разходите за поправка/обезщетяване на вредите. Когато се установи, че застрахователното събитие е покрит риск по условията на застрахователния договор, застрахователното обезщетение ще включва и разходите за наемане на аварийен комисар и изготвяния от него доклад. По своя преценка Дружеството може самостоятелно и за своя сметка да назначи аварийен комисар по конкретен случай.

71. По застраховка „Каско на МПС“ за установяване на причинените щети се извършва оглед на застрахованото МПС в присъствие на Застрахователя, вещо лице, Застрахования или негов упълномощен представител. При извършване на огледа Застрахователят съставя опис на щетите и прави снимки на констатираните повреди. При несъгласие с направените констатации и вписвания в описа от страна на Застрахования, в съставения опис се вписват и неговите забележки и възражения. Застрахованият отбелязва кой от начините за обезщетяване избира в съответствие с предоставените от Дружеството възможности:

71.1. Изчисляване на обезщетението по експертна оценка – извършва се от специалист на Дружеството;

71.2. Представяне на фактури за извършен и заплатен от застрахования ремонт на увреденото МПС. В този случай обезщетението се определя след извършване на сравнителен анализ относно реално извършените разходи по фактурите и степента и размера на уврежданията, отбелязани в описа на щетите при огледа на

увреденото имущество;

71.3.Ремонтиране на застрахованото МПС в сервиз на официалния вносител или в доверен сервиз на Дружеството.

72.В случаите, когато по условията на застраховката вредите се отстраняват чрез ремонт в доверен сервиз на Застрахователя, обезщетенията се определят на база издадени от сервиза фактури, калкулации, работни карти и др. под. по цени, договорени между Застрахователя и сервиза и след извършване на сравнителна експертиза от Застрахователя относно вида и стойността на вложените части и извършените ремонтни работи, от една страна и степента и размера на уврежданията, отбелязани в описа на щетите при огледа на увреденото имущество – от друга страна. В тези случаи обезщетението се изплаща от Застрахователя на сервиза, въз основа на дадено за това съгласие от Застрахования или третото ползващо лице.

73. Нормовремената за труд (автотенекеджийски, автомонтьорски и автобояджийски) и разходните норми на основните материали за боядисване (боя комплект) се определят съгласно Наредба № 24 на КФН от 08.03.2006 г., изм. и доп. с ДВ бр. 90 от 31.10.2014 г.

74.Когато в представените документи по щетата има информация за употреба от водача на застрахованото МПС на алкохол с концентрация над допустимите по закон норми, напускане на местопроизшествието и др. подобни обстоятелства, при които Дружеството не дължи обезщетение по предявената претенция, обезщетение не се изплаща до изясняване на тези обстоятелства със съответен документ.

75. Определяне на обезщетение при тотална щета

- Конструктивна тотална щета е налице, когато в резултат на застрахователно събитие са унищожени до степен на негодност и са за подмяна купето и двигателя на МПС, когато се констатира, че е невъзможно възстановяването на деформациите.
- Тотална загуба е налице тогава, когато размерът на щетата надвиши 80% от действителната стойност на МПС (икономически тотал) към датата на застрахователното събитие.
- При тотална щета от обезщетението се приспада стойността на запазените части, определени от застрахователя към датата на събитието. Тяхната стойност не може да надвишава 25% от действителната стойност на автомобила към датата на събитието.

76. При кражба или грабеж на МПС - веднага след откриване на кражбата или извършване на грабежа на МПС, Застрахованият е длъжен да уведоми органите на МВР и Дружеството. Застрахованият подава в срока по Общите условия уведомление във връзка с настъпилото събитие, и предоставя на Дружеството:

- Двете части на свидетелството за регистрация на МПС, контролен талон към знак за ГТП. (Когато има и кражба на свидетелството за регистрация на МПС, това трябва да е отразено в служебната бележка/удостоверението от МВР.);
- Всички ключове (карти), дистанционни, аларми, имобилайзери, записани в полицата;
- Валидна полица за застраховка;
- Документ за закупуване на МПС (договор за покупко-продажба, фактура, др.под.) – когато това е необходимо за изясняване на собствеността;
- Служебна бележка/удостоверение от органите на МВР за обявяване на настъпилото събитие (когато същата му бъде издадена) – в оригинал.
- В случай, че МПС не бъде намерено, застрахованият трябва да предостави и Служебна бележка/удостоверение от органите на МВР, удостоверяваща резултата от издирвателните мероприятия до момента (при издаване на постановлението за прекратяване на наказателното производство) – в оригинал;
- Постановлението за прекратяване или спиране на наказателното производство за извършеното деяние по отношение на застрахованото МПС в оригинал;
- Пълномощно от собствениците на МПС за разпореждане (спиране от движение, отчисляване, прехвърляне, продажба) с него в случай, че същото бъде намерено след изплащане на обезщетението – нотариално заверено, в оригинал.

VIII. ПЛАЩАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ОБЕЗЩЕТЕНИЕ

77.При настъпило застрахователно събитие Застрахователят изплаща на Застрахования определеното застрахователно обезщетение в предвидения срок по чл. 108, ал. 1 от КЗ.

78.При изплащането на обезщетения се прилагат Общите условия по съответния вид полица, както и настоящите Правила.

79.В отделни случаи, след писмено искане от Застрахования и при доказана по основание застрахователна претенция, се допуска авансово плащане на обезщетение в размер до 50% (петдесет процента) от предполагаемия му размер.

80.Плащането на застрахователното обезщетение се извършва в полза на собственика на увреденото имущество или на трето лице, съгласно писмените разпореждания на собственика. Ако застраховката е сключена в полза на трето лице, обезщетението се изплаща в полза или съгласно писмените инструкции на ползващото лице до размера на неговите права към Застрахования, а остатъкът, ако има такъв, се изплаща в полза на Застрахования.

81.Застрахованият е длъжен да прехвърли правото на собственост върху противозаконно отнетото МПС на Застрахователя или на писмено посочено от Застрахователя лице. Ако Застрахованият желае да задържи МПС след откриването му, той трябва да върне на Застрахователя полученото обезщетение.

82. В случаите, когато Застрахователят е изплатил обезщетение по застрахователен договор за имуществена щета, виновно причинена от трето лице, той встъпва в правата на Застрахования срещу третото лице до размера на изплатеното застрахователно обезщетение и направените разходи. Отказът на Застрахования от правата му срещу третото лице, виновно причинило щетата, е недействителен спрямо Застрахователя.

83. Застрахованият е длъжен да съдейства на Застрахователя при упражняване на правата му срещу причинителя на вредата.

IX. ОТКАЗ ЗА ПЛАЩАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ОБЕЗЩЕТЕНИЕ

84. При всички случаи на отказ за плащане на застрахователно обезщетение или определяне на обезщетение, различно по размер от претендираното от Застрахования, Застрахователят изпраща мотивиран отговор до Застрахования. Застрахователят може да откаже плащане на обезщетението:

- в случаите, предвидени в сключения застрахователен договор;
- при умишлено причиняване на застрахователно събитие от Застрахования или трето ползващо се лице;
- при неизпълнение на задължение по застрахователния договор, което е значително с оглед интереса на Застрахователя и е било предвидено в закон или в застрахователния договор;
- при настъпване на вредите в резултат на събития, които не представляват покрити по застрахователния договор рискове;
- при настъпване на застрахователното събитие извън срока или териториалния обхват на застрахователния договор;
- в други случаи, предвидени със закон.

85. Застрахователят може да откаже плащане на застрахователно обезщетение и ако установи, че при предявяване на претенцията е използвана измама в каквото и да е отношение или ако се използват измамни или подвеждащи средства и/или похвати от Застрахования или от което и да е лице, действащо от негово име, с цел получаване на облиги по застраховката, като лицето, осъществило посочените действия или бездействия, ще бъде предадено на компетентните органи за реализиране на отговорността му съгласно наказателното законодателство на Република България. Измамно е всяко действие или бездействие, което въвежда в заблуждение или поддържа съществуващо заблуждение у представители или служители на Застрахователя относно настъпване на застрахователното събитие или други обстоятелства, които са от значение за възникване на правото да се получи застрахователно обезщетение и/или за неговия размер.

X. ПЛАЩАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНОТО ОБЕЗЩЕТЕНИЕ ПО ЗАСТРАХОВКА “ЗЛОПОЛУКА”, ОТКАЗ ЗА ПЛАЩАНЕ

86. Плащането на застрахователно обезщетение по застраховка “Злополука” се извършва от Застрахователя в срок и на лицето, имащо право да получи сумата съгласно условията на застрахователния договор или по негово писмено искане на друго лице.

87. Изплащането на обезщетението на лице, различно от оправомощените да получат плащането, се допуска и след представянето на изрично нотариално заверено пълномощно (с посочени в него номер на полица и застрахователно събитие). Упълномощител може да бъде само лицето, което има право да получи обезщетението съгласно застрахователния договор.

88. Независимо от плащането на застрахователното обезщетение по застраховка “Злополука”, Застрахователят не може да встъпи в правата на Застрахования срещу лицето, причинило събитието, ако изплатеното обезщетение е само за неимуществени вреди. В случаите на обезщетяване на имуществени вреди (напр. медицински разноси) по застраховка “Злополука”, Застрахователят встъпва в правата на Застрахования срещу причинителя на вредите.

ГЛАВА ТРЕТА

ПРОЦЕДУРИ ПО СПОРОВЕ

I. ОБЖАЛВАНЕ АКТОВЕТЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ ПО ПОВОД НА ПРЕДЯВЕНИ ПРЕТЕНЦИИ ЗА ПЛАЩАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ОБЕЗЩЕТЕНИЕ

89. Възникналите между страните спорове и разногласия по повод на уреждане на застрахователни претенции се уреждат чрез преговори. При непостигане на съгласие между страните Застрахованият, третото ползващо се лице (съгласно застрахователния договор) или увреденото лице (по застраховките “Гражданска отговорност”) може да обжалва отказа за изплащане на застрахователно обезщетение или неговия размер. Това обжалване може да се извърши както пред Застрахователя, така и пред компетентния съд, съгласно действащото българско законодателство. Правото на иск пред съда е независимо и самостоятелно, без да се обуславя от процедурата по обжалване пред самия Застраховател.

90. Обжалването на решението на Застрахователя се осъществява от заинтересованото лице с писмена жалба.

91. В случаите, когато от Застрахования бъде предявена жалба пред Застрахователя по повод отказа за изплащане на застрахователно обезщетение или на неговия размер, същата се разглежда в Централния офис на Застрахователя.

92. Жалбата се приема от представител на Застрахователя в централния офис или в териториалните структури в страната и се завежда с входящ номер и дата.

93. Към жалбата може да се приложат писмени доказателства, които не са били представени на Застрахователя по преписката и се отнасят до застрахователното събитие, причините за настъпването, поведението и вината на

извършителя, причинил вредите, основанието и размера на застрахователното обезщетение. В жалбата задължително се посочват:

- три имена и адрес на жалбоподателя (съответно фирмено наименование, седалище, адрес на управление и представляващ при юридическите лица), на който ще се изпраща кореспонденцията във връзка с подадената жалба;
- пълномощно, в случаите когато се подава чрез пълномощник;
- номер на щетата (съгласно заявлението за щета);
- първоначалното решение на Застрахователя относно ликвидацията на щетата;
- възраженията и тяхното основание;
- искането;
- подпис на подателя.

94. Получената жалба се разглежда от Застрахователя в 30 (тридесет) дневен срок от получаването.

95. Застрахователят, със своето решение, може:

- да отхвърли жалбата като неоснователна;
- да уважи жалбата, като:
 - постанови изплащане на застрахователно обезщетение;
 - увеличи размера на първоначално определеното обезщетение, но без да превишава застрахователната сума по договора за случаите, при които с жалбата се иска по-високо застрахователно обезщетение.

96. Решението и мотивите към него се съобщават на жалбоподателя с писмо на посочения от него в жалбата адрес.

97. Решението на Застрахователя, с което се уважава жалбата и се постановява изплащане на застрахователно обезщетение или увеличаване размера на вече определено обезщетение, подлежи на изпълнение.

98. В случай, че при преговорите между страните и при последвалото обжалване от страна на Застрахования не бъде постигнато разрешаване на спора, Застрахованият има правото на иск по съдебен ред по седалището на Застрахователя съгласно разпоредбите на Гражданския процесуален кодекс.

99. Правата по застрахователния договор за имуществени застраховки (включително и правото на иск по съдебен ред) се погасяват с 3 (три) годишна давност, считано от датата на настъпване на застрахователното събитие.

100. Правата при застраховки „Заболяване“, „Злополука“ и „Обща гражданска отговорност“ (в това число правото на увреденото лице да получи застрахователно обезщетение за претърпените вреди) се погасяват с 5 (пет) годишна давност от датата на настъпване на събитието, резултат от което са вредите.

101. Представянето от страна на заинтересованото лице (Застрахован, ползващо се лице или увредено лице) на изисканите от Застрахователя документи във връзка с доказването на размера и основанието на претенцията, не могат да се смятат за обстоятелства, прекъсващи давностните срокове съгласно предходните точки.

II. ПИСМЕНИ ИЗЯВЛЕНИЯ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ

102. Когато Застрахователят отправя писмени изявления до Застрахования във връзка с производствата по тези Правила и изявлението не бъде получено поради това, че лицето е непознато на адреса, посочен в застрахователния договор или той е променен, уведомяването може да става на друг известен на Застрахователя адрес (посочен в заявления, уведомления и др.). Съгласно чл. 347 от КЗ Застрахованият е длъжен незабавно писмено да уведоми Застрахователя за промяна на указания в застрахователния договор адрес и да съобщи новия си адрес на Застрахователя. До получаване на съобщението за промяна на адреса, съобщенията, изпратени на адреса, обявен в застрахователния договор, се смятат за връчени и получени от Застрахования с всички предвидени в закона или договора правни последици.

ГЛАВА ЧЕТВЪРТА

РАЗГЛЕЖДАНЕ НА ДРУГИ ЖАЛБИ

103. Жалба по смисъла на тази глава е изявление за неудовлетворение, насочено към Застрахователя, от лице по отношение на застрахователен договор или услуга, която му е предоставена.

104. Жалбоподател по смисъла на тази глава е лице, за което се приема, че отговаря на условията жалбата му да бъде разгледана от Застрахователя и което вече е депозирало жалба, например Застрахованият, третото ползващо се лице (съгласно застрахователния договор) или увреденото лице.

105. Разглеждането на жалби по тази глава не представлява разглеждане на претенции, не е ангажимент и отговор на Застрахователя по обикновените искания за изпълнение на договора, за информация и разяснения.

106. Застрахователят въвежда "Политика за управление на жалбите", която се приема от Управителния съвет.

107. Жалбите следва да бъдат проверявани справедливо, а евентуалните конфликти на интереси следва да се идентифицират и смекчават.

108. Приемането на жалбите се удостоверява с регистрация (входящ номер и дата) в деловодната и информационната система на Застрахователя.

109. Застрахователят следва да има готовност в посочения от съответната институция срок, но не повече от 30 дни да предоставя на КФН или омбудсмана информация относно жалбите и разглеждането им. Информацията включва брой получени жалби за периода, разграничени по критерии на Застрахователя.

110. Застрахователят анализира информацията от разглеждането на жалбите, установява повтарящите се или

системни проблеми и преодолява последните.

111. Застрахователят предоставя следната информация:

111.1. при поискване или при потвърждаване получаването на жалба предоставя писмена информация за процедурата по разглеждане на жалбите;

111.2. публикува на уебсайта си подробности за процедурата по разглеждане на жалби, в т.ч. начин на подаване на жалбите (напр. вида информация, която се предоставя от жалбоподателя, името и данни за контакт на лицето/отдела, до който следва да се отправи жалбата), процесът на разглеждане на жалбите (напр. кога ще бъде приета жалбата, приблизителни срокове за разглеждането ѝ, посочване на орган за алтернативно решаване на спорове);

111.3. периодично предоставя на жалбоподателя информация по хода на разглеждане на жалбата.

112. Застрахователят:

112.1. се стреми да събере и проучи всички относими доказателства и информация по отношение на жалбата;

112.2. общува на ясен език с жалбоподателя;

112.3. предоставя отговор по жалбата без излишно забавяне, в рамките на 30-дневен срок. Ако в този срок не е възможно да се предостави отговор, Застрахователят уведомява жалбоподателя за причините за забавянето и посочва допълнителен срок за приключване на проверката, който не може да бъде по-дълъг от 30 дни;

112.4. при предоставяне на окончателното решение, което не удовлетворява жалбоподателя, Застрахователят включва пълно обяснение на позицията си и посочва на жалбоподателя възможността му да продължи защитата на интересите си, предмет на жалбата.

ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

§1. Тези Правила за дейността по уреждане на претенции по застрахователни договори на "ЗАСТРАХОВАТЕЛНА КОМПАНИЯ БЪЛГАРИЯ ИНШУРЪНС" АД са изготвени на основание чл. 104 от КЗ. Правилата са изготвени съобразно разпоредбите на Кодекса за застраховането, актовете, свързани с прилагането му и Насоки относно разглеждането на жалби от застрахователни предприятия № EIOPA-BoS-12/069 BG, приети от Европейския орган за застраховане и професионално пенсионно осигуряване.

§2. Настоящите правила не се прилагат за уреждане на претенции за застраховки на големи рискове, освен ако в тях е предвидено друго. "Големи рискове" са рисковете по смисъла на § 1, т. 31 от Допълнителните разпоредби на КЗ.

§3. Тези правила са приети от Управителния съвет на "ЗАСТРАХОВАТЕЛНА КОМПАНИЯ БЪЛГАРИЯ ИНШУРЪНС" АД на заседание, проведено на 31.07.2013 г., изменени и допълнени на заседание на УС, проведено на 26.08.2013 г., изменени и допълнени на заседание на УС, проведено на 24.08.2016 г.