ВЪТРЕШНИ ПРАВИЛА ЗА УРЕЖДАНЕ НА ПРЕТЕНЦИИ ПО ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ ДОГОВОРИ НА "ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ДРУЖЕСТВО ЕВРОИНС ЖИВОТ " ЕАД

ИНФОРМАЦИОННА КАРТА

Дата на приемане на документа: **Дата на влизане в сила:**	**12.10.2020** **12.10.2020**
Версия на документа: **В сила от:**	**2.1** **09.02.2022 г.**
Структура/лице издател на документа	**Дирекция „Обслужване на щети" и Дирекция „Финансово-правна"**
Срок на валидност на документа:	**Безсрочен**
Одобрено от/на:	**Съвет на директорите/ 09.02.2022 г.**

Настоящите Вътрешни правила за дейността по уреждане на застрахователни претенции по застрахователни договори на "Застрахователно дружество ЕВРОИНС ЖИВОТ" ЕАД (наричани за краткост „**Вътрешни правила**") са приети на основание чл. 104 от Кодекса за застраховане.

Правилата уреждат процедурите, по които "Застрахователно дружество ЕВРОИНС ЖИВОТ" ЕАД (наричан по-нататък „**Застрахователят**") приема претенциите по застрахователните договори, събира доказателства за установяване на техните основания и размер, извършва оценка на причинените вреди, определя размерите на обезщетенията, извършва разплащанията с ползвателите на застрахователни услуги и разглежда жалби, подадени от тях.

Правилата са публични и имат за цел да гарантират правата на ползвателите за бързо, прозрачно и справедливо уреждане на техните претенции.

Настоящите правила не се прилагат за уреждане на претенции за застраховки на големи рискове по смисъла на §1, т.31 от Допълнителните разпоредби на Кодекса за застраховане (КЗ).

I. Задължение за уведомяване на застрахователя при настъпване на застрахователно събитие.

1. Застрахованите или ползващите лица са длъжни да уведомят застрахователя за настъпване на застрахователно събитие в срока, указан в Общите условия по съответния вид застраховка, в Кодекса за застраховането или в нормативен акт, регламентиращ съответния вид застраховане. В случаите на застраховка, сключена в полза на кредитор, и реализирано застрахователно събитие, застраховащият, неговите наследници или ползващи се лица трябва да уведомят кредитора или Застрахователя, в зависимост от условията на застрахователния договор.
2. Уведомяването се извършва по един от следните начини:
   2.1. като попълнят електронната форма на сайта на Застрахователя на адрес https://apps.euroinslife.bg/claims/registration/.
   2.2. като позвънят на клиентския номер на Застрахователя. При уведомление за настъпило застрахователно събитие по телефон, Застрахователят записва в Регистър „Обаждания" цялата предоставена информация, като запознава другата страна с процеса.
   2.3. като попълнят формуляр „Уведомление за настъпило застрахователно събитие а" по образец на Застрахователя и я депозират лично или изпратят чрез куриерска служба или писмо с обратна разписка на адреса на Застрахователя - гр. София 1592, бул. „Христофор Колумб " 43.
3. Независимо от подаването на уведомление по някой от начините, посочени в т.2-1 до 2.3, задължително се изисква писмено предявяване на претенцията и подаване на необходимите документи към нея.

II. Предявяване и приемане на застрахователни претенции

1. Застрахователните претенции се предявяват пред Застрахователя в писмена форма по реда и в сроковете, предвидени в Общите условия към застрахователния договор, но не по късно от давностния срок, предвиден в Кодекса за застраховане (КЗ).
2. Право на застрахователно обезщетение има застрахованият и/или законните му наследници и/или посоченото в застрахователния договор ползващо лице.
3. Застрахованият, негов законен наследник или ползващото лице, а когато то е юридическо лице негов представител, попълват „Претенция за изплащане на обезщетение по застрахователна полица" по образец на Застрахователя. В случай че правоимащото лице е непълнолетно или недееспособно, претенцията се подава от законния му представител, като същият докаже това

си качество документално. Претенцията може да бъде подадена и от надлежно упълномощен представител с нотариално заверено пълномощно, като се прилага заверено копие от пълномощното.

4. Всички формуляри и приложени документи се изпращат до Централния офис на "Застрахователно дружество ЕВРОИНС ЖИВОТ" ЕАД на адрес гр. София 1592, бул. „Христофор Колумб " 43, с куриерска служба или по пощата с обратна разписка, или се предават лично на посочения адрес.
5. Непредставянето на данни за банковата сметка от страна на лицето, което желае да получи обезщетение, има последиците на забава на кредитора по отношение на плащането, като Застрахователят не дължи лихва по чл.409 от КЗ.

III. Регистриране на претенции

1. Всяка „Претенция за изплащане на обезщетение по застрахователна полица" се завежда в деловодната система на Застрахователя и получава входящ номер с дата. След като претенцията се регистрира, се образува преписка по съответния случай.
2. Преписката съдържа следните документи и периодично се допълва с доказателства и документи по случая:
   2.1. формуляр – „Претенция за изплащане на обезщетение по застрахователна полица";
   2.2. копие на застрахователния договор и всички съпътстващи го документи;
   2.3. други документи и доказателства;
3. Всяка регистрирана застрахователна претенция получава номер входящ номер от деловодната система на Застрахователя,. В преписката се отбелязват и следните реквизити:
   3.1. номер на претенцията;
   3.2. име, телефон, адрес и банкова сметка на застрахования или на ползващото лице/лица;
   3.3. дата на завеждане на претенцията;
   3.4. дата на застрахователното събитие;
   3.5. вид на застрахователното събитие;
   3.6. риск, по който евентуално се покрива даденото събитие;
   3.7. номер на застрахователна полица
   3.8. очакван размер на обезщетение
   3.9. други
4. Документите по преписката се подават в:
   4.1. оригинал, или
   4.2. нотариално заверено копие, или
   4.3. копие, заверено в присъствие на служител на Застрахователя след сверяване с оригинала
   4.4. В случай че някой от документите е на чужд език, същият се представя на Застрахователя в заверен от заклет преводач превод на български език.

IV. Анализ и оценка на претенцията

1. Всяка преписка се анализира от експерт „Животозастраховане и обслужване на претенции", като служителят е длъжен да провери допълнително:
   1.1. има ли лицето права по застрахователния договор;

1.2. има ли подаващият заявлението права като ползващо лице;

1.3. дали събитието е покрит риск по застраховката;

1.4. дали отговаря на дефинициите по застраховката;

1.5. дали е приложена „ изключваща клауза“ и има ли връзка със застрахователното събитие:

1.6. дали не се касае за изключение по общите условия на съответния застрахователен продукт;

1.7. декларирана ли е коректна информация при сключване на застраховката и тя има ли отношение към настъпилото застрахователно събитие;

1.8. други факти и обстоятелства, съществени при оценката на застрахователното събитие.

2. Преценява се необходимостта от допълнителна експертна оценка по претенцията, вътрешна комисия, становище на друг отдел, външен консултант и др., като експерт „Животозастраховане и обслужване на претенции“ организира процеса по изготвяне на официалното писмено становище по случая, което е задължителен елемент от преписката.

3. В случай, че е изискан допълнителен документ по преписката, анализът и оценката се извършват след получаване на пълната информация.

4. Пълната документация и процеса по анализ и оценка на застрахователната претенция се описват в „Протокол „Регистър на контролите“, който включва следните детайли:

   4.1. информация за застраховано лице;

   4.2. информация/статус на застраховката;

   4.3. покрити рискове;

   4.4. оценка на риска при сключване на застраховката напр. приложена ли е „изключваща клауза“

   4.5. информация за предишни застраховки и претенции;

   4.6. опис на получените документи по преписката;

   4.7. становище на експерт, вътрешен/ външен консултант/ друг отдел, т.н.;

   4.8. оценка на застрахователната претенция;

   4.9. основание за плащане / отказ на претенция;

   4.10. размер на обезщетението / при одобрение на претенцията.

5. В зависимост от предоставените правомощия, решението за плащане или отказ се взема от съответния правоимащ служител или от експертна комисия или от Съвета на директорите, и се отразява във формуляра за оценка на претенцията.

6. Застрахователят се произнася по претенцията за установяване на основанието и размера на обезщетението в срок до 15 работни дни от представянето на всички доказателства. Когато не са представени всички необходими и/или поискани доказателства Застрахователят се произнася по претенцията, не по-късно от 6 месеца от датата на предявяването й.

V. Документи, необходими за установяване на основанието и размера на претенциите

1. Доказателствата за установяване на основанието и размера на претенцията са описани в Общите условия за съответния вид застраховка. В зависимост от характера на застрахователното събитие, заедно с подаването на претенцията се представят документи, свързани с настъпване на събитието, размера на обезщетението и идентифицирането на ползващите лица (Приложение 1).

2. Заявителят е длъжен да представи необходимите документи за доказване на настъпило застрахователно събитие, както и документите, необходими за определяне размера на

застрахователното обезщетение. Застрахователят разглежда и съобразява първоначално представените медицински документи, както и допълнително поисканите от него документи.

3. В случай, че застрахователното събитие е настъпило извън територията на Република България, съответните документи, удостоверяващи настъпването му, се представят като надлежно преведени и легализирани от компетентните за това служби.

4. За приемане и разглеждане на претенцията са необходими:

   4.1. документи, удостоверяващи наличието на сключен и действащ застрахователен договор със Застрахователя–копие или оригинал на застрахователната полица, или застрахователен сертификат, заявление за сключване на застраховката, съгласие на застрахованото лице, както и допълнителни споразумения /добавъци/ към нея и др.;

   4.2. документи, идентифициращи лицето и удостоверяващи правото му да получи претендираната сума или обезщетение –документ за самоличност (за физическите лица, пълномощниците или представителите на юридически лица); удостоверение за наследници, служебна бележка от работодателя, заверени от работодателя копия на трудовия договор и заповедта за прекратяване на трудовото правоотношение и др.;

   4.3. документи, удостоверяващи факта на настъпване на събитието –акт за смърт или препис – извлечение на акта за смърт, съобщение за смърт, медицински документи (амбулаторни листове, направления, епикризи, медицински удостоверения и други);

   4.4. документи, съдържащи информация за обстоятелствата, при които е настъпило събитието –съдебномедицински експертизи, документи издадени от правоохранителните органи (протоколи за ПТП, служебни бележки и др.), от работодателя и НОИ (декларация и протокол от разследване на трудова злополука, разпореждане на НОИ и др.), от съдилищата, прокуратурата и следствените органи (съдебни решения, наказателни постановления и др.), освен ако съществува нормативна пречка или поради липсата на правна възможност за осигуряването им, както и други официални документи;

   4.5. документи, удостоверяващи първоначалното поставяне или уточняване на диагнозата, историята на заболяването и провежданото лечение –личен амбулаторен картон, болнични листове, амбулаторни листове, епикризи, оперативни протоколи, разчитане на образни изследвания, протоколи на ЛКК, рецепти, рецептурни книжки, документи от органите на медицинската експертиза на работоспособността, други официални медицински документи;

   4.6. документи, удостоверяващи извършените от лицето разходи –рецепти, фактури с касови бележки на името на лицето, други официални платежни документи.

5. Ако за изясняването на причините и обстоятелствата за настъпване на застрахователното събитие, както и за установяване на основанието и размера на претенцията, е необходимо представяне на допълнителни доказателства, които не са били предвидени в застрахователния договор при сключването му, застрахователят уведомява заявителя за допълнителните доказателства най-късно в срок от 45 (четиридесет и пет) дни от представянето на доказателствата, определени със застрахователния договор и настоящите Правила.

6. Документи по Закона за мерките срещу изпиране на пари и Закона за мерките срещу финансиране на тероризма - Декларация за видна политическа личност по чл. 42, ал. 2, т. 2 от ЗМИП (по образец); въпросник (по образец), както и други документи, които са необходими за проверка на идентификацията на лицето, което е предявило претенция, съгласно действащите Вътрешни правила по преценка на служителя, който разглежда претенцията.

VI. Определяне размера на застрахователно обезщетение

1. Размерът на застрахователното обезщетение се определя в съответствие с условията на застрахователния договор.
2. При настъпване на риска "смърт" на застрахования в срока на действие на застрахователния договор, се изплаща размерът на застрахователната сума, определена в полицата.
3. При настъпване на риска "трайна неработоспособност" - пълна или частична, размерът на обезщетението се определя от степента на окончателно загубената работоспособност на застрахования. Към оценяване на трайната неработоспособност може да се пристъпи след стабилизиране състоянието на застрахованото лице, освен в случаите на загуба на крайник или друг орган, в срок не по-дълъг от една година от настъпване на застрахователното събитие. В този случай се изплаща предварителна сума в размер, който не може да бъде по-малък от минималния безспорен размер на плащането.
4. При настъпване на риска "временна неработоспособност", размерът на обезщетението се определя в зависимост от продължителността на временната загуба на работоспособност и в рамките на лимита, установен в застрахователния договор за това застрахователно събитие. Продължителността на неработоспособността се определя на база реално ползвани болнични листове или от ЗМК (застрахователно- медицинска комисия), в случаите когато застрахованите лица са учащи, пенсионери или неосигурени.
5. При предявяване на претенция за плащане на медицински разходи, размерът на обезщетението се определя от размера на действително направените разходи от застрахования за медицински услуги и/или медикаменти в съответствие с покритието. Размерът на обезщетението се доказва въз основа представени медицински и финансови документи.
6. Обезщетенията за дните болничен престой в резултат на злополука или заболяване се определят след изтичане периода на болничен престой и временната неработоспособност. Болничният престой се определя от броя денонощия, прекарани в лечебното заведение.
7. Претенция по допълнителното покритие „Критични болести" се предявява и оценява след 6-тия месец от датата на начало на застрахователния договор, с изключение на събитие, предизвикано от злополука.
8. Претенция по допълнителното покритие „Освобождаване от премия" се приема и оценява след втората година от датата на начало на застрахователния договор, с изключение на събитие, предизвикано от злополука.

VII. Изплащане на застрахователни суми и обезщетения

1. Застрахователни суми или обезщетения се изплащат в срок, указан в съответната полица, но не по-късно от 15 работни дни от представяне на всички необходими доказателства.
2. Застрахователното обезщетение се изплаща само по банков път въз основа на представено удостоверение за банковата сметка на получателя на обезщетението, издадено от съответната финансова институция.
3. Застрахователна сума може да се получи от трети лица само с нотариално заверено пълномощно, като в неговия текст изрично е вписано по кой застрахователен договор ще се получи сумата или след изрично писмено волеизявление на ползвателя на застрахователни услуги (на когото се дължи плащането) извършено пред Застрахователя, с което ползвателят посочва на Застрахователя трето лице, което да получи плащането.
4. Застрахователните суми, които следва да се изплатят на малолетни или на пълнолетни,

поставени под пълно или ограничено запрещение, се внасят на влог по банкова сметка на името на правоимащото лице, указана от негов законен представител.

5. Право да получи застрахователно обезщетение при събитието Смърт на Застрахован има Ползващото лице/лица, посочени в застрахователния договор. В случай, че не са посочени ползващи лица, право да получат обезщетение имат законните наследници на Застрахования, съгласно представеното удостоверение за наследници.
6. Право на застрахователната сума при преживяване срока на застраховката има Застрахованият или Ползващото лице, ако това е уговорено в застрахователния договор.
7. Право да получи застрахователно обезщетение при Трайна неработоспособност и Временна неработоспособност има Застрахованият или Ползващото лице, ако това е уговорено в застрахователния договор.
8. Право на застрахователно обезщетение в случаите от т. 5 до т.8 на чл.6 има Застрахованият.
9. При периодични плащания по една и съща претенция, Застрахователят указва на застрахования кога и при какви условия е дължимо следващото плащане и изисква допълнителни доказателства преди да нареди сумата. При достигане на лимита, указан в застрахователните условия, плащането се прекратява, както и в случаите, когато не са представени надлежни доказателства за продължаване на плащането.
10. Застрахователят уведомява Застрахования и ползващото се лице за одобрена застрахователна претенция и извършеното плащане по нея по имейл, по телефон, чрез писмо или чрез смс известяване.

IX. Отказ за изплащане на застрахователно обезщетение:

1. Отказ за изплащане на обезщетение се постановява при наличие на едно или повече от следните обстоятелства:
   1.1. Не се дължи застрахователно плащане по прекратена към датата на застрахователното събитие застраховка във връзка с неплатена в указаните срокове застрахователна премия, както и в случаите когато Застрахованият се е отказал писмено от застраховката и не е продължил заплащането на премия преди настъпване на събитието.
   1.2. Плащането е във връзка със събития, посочени като изключения в Общите и/или специалните условия на застраховката и/или застрахователния договор;
   1.3. Налице е съществено нарушение на задължения по договора от страна на застрахования, което е предвидено като основание за отказ за плащане на обезщетение;
   1.4. Застрахованият или третото ползващо лице не са предоставили документи, необходими за доказването на основанието и/или размера на обезщетението, които са били изискани от застрахователя;
   1.5. Застрахованият или ползващото лице са представили документи с невярно съдържание, неистински, подправени или фалшиви документи или по друг начин са се опитали да заблудят или измамят застрахователя.
   1.6. Ако документите за изплащане на застрахователни суми са подадени след определените давностни срокове.
2. Застрахователят е задължен да мотивира отказа си пред Застрахования /ползващото се лице по застраховката в срок, указан в съответната полица, но не по-късно от 15 работни дни от представяне на всички необходими доказателства.

X.Застрахователно-медицинска комисия /ЦЗМК/ - функциониране и състав

1. ЗМК (Застрахователно-медицинска комисия) функционира в Централно Управление в гр. София и заседава един път в месеца с комисия Изпълнителен Директор, Мениджър Обслужване на претенции, Лекар – съветник по преценка на експерта, разглеждащ претенцията и Експерт на дирекция ликвидация на щети на "Застрахователно дружество ЕВРОИНС ЖИВОТ" ЕАД,
2. ЗМК на застрахователя определя:
   2.1. продължителността на временна нетрудоспособност за ученици, студенти, пенсионери и неосигурени лица въз основа на медицинската документация, представена от застрахованите.
   2.2. процента за хирургическа намеса, съгласно Хирургическа таблица на застрахователя за вида на операциите и максималния процент на обезщетение.
   2.3. други медицински казуси.

2. При необходимост ЗМК се обръща към външни медицински консултанти, които са лекари специалисти по съответния медицински казус.

XI. Разглеждане на жалби във връзка със застрахователни претенции

1. /изм. с Решение на СД от 09.02.2022 г./ Редът и условията за подаване и разглеждане на жалби във връзка със застрахователни претенции са уредени в Политика за управление и разглеждане на жалбите на „ЗД Евроинс Живот" ЕАД, представляваща Приложение 1 към настоящите правила.

Настоящите правила са приети с решение на Съвета на Директорите на „ЗД Евроинс Живот" ЕАД от дата 12.10.2020 г. и влизат в сила в деня на приемането им. Настоящите Правила отменят Правилата за уреждане на претенции на „ЗД Евроинс Живот" ЕАД /предишно наименование „Интерамерикан България Животозастраховане" ЕАД/ от дата 20.12.2007 год.; изм. с Решение на СД от 09.02.2022 г. и влизат в сила от деня на приемането им.

Приложение 1 - Политика за управление и разглеждане и на жалбите на „ЗД Евроинс Живот" ЕАД

Версия на документа	**Дата на приемане**	**Автор на версията**	**Мотиви за промяната**	**Статус на версията**
1.0	20.12.2007 г.	Дирекция „Обслужване на щети" и Дирекция „Финансово-правна"	Нов документ	отменена
2.0	12.10.2020 г.	Дирекция „Обслужване на щети" и Дирекция „Финансово-правна"	Нов документ	В сила от 12.10.2020 г.
2.1	09.02.2022 г.	Дирекция „Обслужване на щети" и Дирекция „Финансово-правна"	Привеждане в съответствие с изисквания на Наредба № 71 на КФН	Изменение и допълнение, в сила от 09.02.2022