

## **Вътрешни правила за уреждане на претенции по застрахователни договори на “Застрахователно дружество ЕВРОИНС ЖИВОТ ” ЕАД**

Правилата уреждат процедурите, по които 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 потребителите и разглежда жалби, подадени от тях. Правилата са публични. Застрахователят ги публикува на страницата си в Интернет и осигурява безплатно достъп до тях в местата, където извършва дейност.

### **I. Последователност на дейността по уреждане на застрахователни претенции**

Дейността по уреждане на претенции по застрахователни договори се извършва в следната последователност:

1. приемане на уведомление за застрахователно събитие
2. установяване на наличието на застрахователно събитие – самия факт и причините за настъпването му.
3. установяване на правото на лицето предявило претенция да получи обезщетение.
4. определяне размера на обезщетението
5. изплащане на обезщетението

### **II. Предявяване на застрахователни претенции и уведомяване за застрахователно събитие**

1. Застрахователните претенции се завеждат по реда и в сроковете, предвидени в общите условия към застрахователния договор, пред Застрахователя. Застрахованият уведомява Застрахователя за настъпила застрахователно събитие в писмена форма съгласно т.3 по-долу.
2. Застрахователят удостоверява всяка заведена претенция.
3. Право на застрахователно обезщетение има застрахования и/или посочените от него лица. Застрахованият или посочено в полицата Ползващо лице/лица попълват формуляр за предявяване на претенция по образец на Застрахователя (Приложения 1, 2 и 3).
4. Всички формуляри и приложени документи се изпращат до Централен 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. Всеки формуляр се завежда в Регистър за предявените претенции от Застрахователя и получава входящ номер с дата. След като претенцията се регистрира, се образува преписка по съответния случай. За да удостовери всяка заведена претенция, Застрахователят предоставя на Застрахования/ Пострадалото лице документ с входящия номер на щетата и датата на приемане на претенцията.
6. Срокове за уведомяване на Застрахователя при различни застрахователни събития:
  - \* За основните покрити рискове - преживяване и смърт – в рамките на давностния срок на застрахователния договор;
  - \* За допълнително избраните рискови покрития - Смърт вследствие на злополука, Трайна неработоспособност вследствие на злополука с прогресия 350, Пълна трайна неработоспособност вследствие на злополука, Обезщетение за наложително лечение вследствие на злополука, Дневно обезщетение за болничен престой вследствие на злополука, Дневно обезщетение вследствие на злополука или заболяване, Обезщетение за

злополука, претърпяна от дете, Дневно обезщетение за временна неработоспособност вследствие на злополука - до 14 дни от датата на застрахователното събитие;

\*За допълнителното покритие „Критични болести” – за събитие диагностицирано за пръв път след 6-тия месец от датата на сключване на договора, претенция се предявява, ако след 30-ия ден от датата на събитието не се е породило правото на обезщетение за случай на смърт на Застрахования;

\*За допълнителното покритие „Освобождаване от премия” – до 3 месеца предхождащи периода, който ще бъде освободен от заплащане на премия, но не по-късно от 30 дни преди датата на плащане на разсрочена вноски.

7. На основание на първоначално представената информация от формуляра и приложените документи, претенцията се разглежда от комисия определена от Застрахователя, определя се вероятен размер на обезщетението и се формира резерв за предстоящо плащане.

### **III. Завеждане на претенцията**

След приемане на съответния формуляр – уведомление за претенцията застрахователят открива преписка за нея и тя се завежда в съответен регистър, като в него се отбелязват (неизчерпателно) следните реквизити:

- номер на сметата
- име, телефон, адрес и банкова сметка на застрахования/ ползващото се лице
- дата на получаване на претенцията
- дата на застрахователното събитие
- вид на застрахователното събитие
- риск, по който евентуално се покрива даденото събитие
- номер на застрахователна полица
- очакван размер на сметата
- други

Информацията в регистъра може да бъде допълвана и актуализирана.

Окомплектова се преписка, която съдържа следните документи и периодично се допълва с доказателства и документи по случая:

- формуляр – уведомление за претенцията
- копие от застрахователния договор и всички съпътстващи го документи
- други документи и доказателства

### **IV. Доказателства. Документи, изисквани от Застрахователя**

1. При изтекъл срок на застрахователния договор и застрахователно събитие „Преживяване на срока от Застрахования”, е необходимо да се представят:

- Застрахователна полица в оригинал, всички издадени Добавъци, дубликати и други документи, които са неразделна част от договора;
- Копие от идентификационен документ (лична карта, паспорт);
- Попълнен формуляр – Приложение № 3 лично подаден от Застрахования.

2. При застрахователно събитие „Смърт на Застрахования” са необходими следните документи, в зависимост от причината за настъпилото събитие:

- Застрахователна полица в оригинал, всички издадени Добавъци, Анекси, дубликати и други документи, които са неразделна част от договора;
- Копие от идентификационен документ на Ползващите лица (лична карта, паспорт, акт

- за раждане);
- Констативен протокол;
- Протокол за ПТП, ако такова е налице;
- Препис-извлечение от акта за смърт;
- Съобщение за смърт;
- Протокол от аутопсия;
- Съдебно-медицински експертизи;
- 3
- Акт за трудова злополука;
- Доклад-становище от личния или лекуващия лекар по отношение на последното заболяване;
- Лична амбулаторна карта;
- Попълнен формуляр 1

В случай, че злополуката е настъпила в резултат от пътно-транспортно произшествие се представя копие на протокола за ПТП и алкохолна проба и/или медицинска/химическа експертиза за употреба на алкохол и други упойващи вещества в кръвта, когато лицето е било водач на моторното превозно средство.

Ако по злополуката е заведено следствено дело или се провежда полицейско дознание, се представя оригинал на документ, удостоверяващ резултата от следственото дело (прокурорско постановление или др.).

3. При предявяване на претенция за трайна неработоспособност вследствие на злополука, в зависимост от причината за възникналото събитие:

- Болнични листове, амбулаторни листове;
- Епикризи;
- Експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК;
- Съдебно-медицински експертизи;
- Лична амбулаторна карта;
- Протокол за ПТП/Констативен протокол;
- Акт за трудова злополука;
- Доклад-становище от личния или лекуващия лекар

Когато увреждането е резултат от трудова злополука, се представя Разпореждане на НОИ, с което злополуката се приема за трудова злополука, в съответствие с чл. 57, чл. 58 и чл. 60 от КСО и разпоредбата на НОИ.

4. Други допълнителни покрития – попълнен формуляр – Приложение № 2 и:

4.1. За покритието „Временна неработоспособност вследствие на злополука” се представя заверено от работодателя копие на болничния лист „Вярно с оригинала”, в което изрично трябва да е посочено начало, край и основание за временната неработоспособност. Всички болнични листове трябва да бъдат издадени съгласно Наредбата за медицинска експертиза на работоспособността, приета с ПМС № 99 от 31.05.2005 г. и обнародвана в Държавен вестник бр. 47 от 07.06.2005 г.

За неосигурени лица по КСО лица, се представя медицинско удостоверение, издадено съгласно Наредбата за медицинска експертиза на работоспособността.

4.2. За покритието „Болничен престой вследствие на злополука или заболяване” се представя болничен лист или медицинско удостоверение, съгласно изискванията за временна неработоспособност, посочени по-горе, епикризи, амбулаторни листове от медицински прегледи, лична амбулаторна карта, медицински изследвания.

4.3. За покритието „Критични болести”, се представят лична амбулаторна карта, извлечение от медицинската документация на лекуващия лекар, оригинал или заверен препис на епикриза от специализираното болнично заведение, което е установило или потвърдило диагнозата. В документите трябва изрично да е посочена датата на диагностициране на критичната болест или датата на подлагане на операция; оригиналите на всички медицински резултати и изследвания, чрез които е установена диагнозата.

5. При разглеждане на предявена претенция за обезщетение, Застрахователят има право да уведоми Застрахования или Ползващото лице/лица за необходими допълнителни доказателства, най-късно в срок 45 дни от предявяването на Претенция, съгласно чл. 10 от Общите условия на застрахователния договор и правилата по чл. 104 от Кодекса за Застраховане, които не са били предвидени в застрахователния договор при сключването му и които са необходими за установяване на основанието и размера на неговата претенция.

6. Застрахователят може да събира информация с цел доизясняване на претенцията. При настъпване на застрахователно събитие, Застрахователят има право на всякаква информация и документация относно здравословното състояние на Застрахования, начина му на живот, спортни, трудови и други интереси, и може да я изиска от всички лица, съхраняващи подобен род информация. При сключването на застрахователния договор Застрахования е дал съгласието си за предоставяне на информацията.

7. Задължението за доказване на застрахователното събитие, обстоятелствата довели до него и размера на претърпените вреди е за Застрахования/ Ползващото лице. Задължението за набавяне на необходимите документи е на Застрахования/ Ползващото лице.

8. Списъкът на необходимите документи посочени тук или в друг документ, който е част от застрахователния договор или от условията на Застрахователя, е неизчерпателен и може да бъде допълван от Застрахователя с оглед на конкретния случай/ застрахователно събитие.

#### **V. Комисия на застрахователя**

След завеждане на претенцията, Застрахователят определя Комисия за разглеждане на претенцията. В Комисията, по преценка на Застрахователя, може да участва е медицинско лице – експерт. Претенцията може да бъде разгледана и от едно лице – служител на застрахователя.

Комисията се произнася по следните въпроси:

- Налице ли е валидно сключен и действащ застрахователен договор.
- Налице ли е застрахователно събитие
- Достоверни и приложими ли са представените доказателства
- Има ли право лицето предявило претенцията на застрахователно обезщетение
- Какъв е размера на претърпените вреди
- Определяне на размера на застрахователното обезщетение
- Изготвя доклад по щетата

#### **VI. Определяне размера на застрахователно обезщетение**

1. Право на застрахователно обезщетение при събитието Смърт на Застрахован има Ползващото лице/лица, посочени в застрахователния договор. В случай, че не са посочени ползващи лица, за такива се считат наследниците на Застрахования, съгласно представеното „Удостоверение за наследници” в оригинал.

2. Право на застрахователната сума при преживяване срока на застраховката има Застрахования или Ползващо лице, ако това е уговорено в застрахователния договор.

3. Трайната неработоспособност вследствие на злополука се оценява не по-рано от една година от датата на злополуката. Към оценяване на трайната неработоспособност може да се пристъпи след стабилизиране състоянието на застрахованото лице, в резултат на предприето запазващо, оперативно и рехабилитационно лечение, извършено с цел намаляване на същата.

4. Обезщетения за дните болничен престой в резултат на злополука или заболяване се оценяват след изтичане периода на болничен престой и временната неработоспособност. Болничният престой се определя от броя денонощия, прекарани в лечебното заведение.

5. Обезщетение по допълнителното покритието „Критични болести” се предявява и оценява след 6-тия месец от датата на начало на застрахователния договор, с изключение на събитие, предизвикано от злополука.

6. 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.

7. Застрахователното обезщетение се изплаща въз основа на представена полица в оригинал, документи, които безспорно удостоверяват настъпването на застрахователно събитие, документи, които удостоверяват в какво си качество лицето претендира обезщетение.

#### **VII. Доклад по щетата**

Докладът се изготвя от Комисията по раздел IV или от съответния служител на застрахователя, който разглежда щетата. Форматът на доклада се определя със заповед на Застрахователя.

#### **VIII. Изплащане на застрахователни суми и обезщетения**

1. Застрахователят се произнася по основателността на претенцията за застрахователно обезщетение и размера му. В срок до 15 дни от получаване на всички необходими документи, Застрахователят трябва :

- a. Да определи и изплати размера на обезщетението или застрахователната сума;
- b. Мотивирано да откаже плащането
- c. Да даде мотивиран отговор, когато размерът на определеното от него обезщетение се различава от сумата, претендирана от Застрахования.

2. Застрахователното обезщетение се изплаща във валутата, в която е сключен застрахователния договор. Ако застрахователното обезщетение се изплаща в чужбина, изчисляването в съответната валута се извършва на базата на обявените от Българска народна банка валутни курсове към датата на изплащане на застрахователното обезщетение.

3. Застрахователното обезщетение може да бъде изплатено под формата на еднократно плащане или на равни разсрочени вноски, съгласно условията, уговорени в полицата.

4. Застрахователното обезщетение се изплаща по банков път.

#### **Разглеждане на жалби във връзка със застрахователни претенции**

1. След взимане на решение за плащане по дадена застрахователна претенция, Застрахованият или Ползващото лице могат да възразят срещу определения размер на обезщетението или срещу евентуален отказ на плащане на такова. Това може да стане чрез подаване на жалба на адреса на Централен офис на “Застрахователно дружество ЕВРОИНС ЖИВОТ” ЕАД, посочен по-горе, до 30 дни след узнаване на решението, но в рамките на давностния срок на застрахователния договор.

2. Всяка подадена жалба се завежда в регистър на оплакванията, като получава входящ номер с дата.

3. Разглеждането на жалбата и произнасянето по нея се осъществява до 30 дни след нейното завеждане. Настоящите правила са приети с решение на Съвета на Директорите на „Интерамерикан България Животозастраховане” ЕАД от дата 20.12.2007 год. и влизат в сила в деня на приемането им.

Всички изменения и допълнения подлежат на одобрение от Съвета на Директорите.

- **Всички изискани документи се представят в оригинал, нотариално заверено копие или официален препис.**

**Приложение 1: Формуляр 1 –**

**Претенция за изплащане на обезщетение по застрахователна полица № .....**

От.....ЕГН.....

(име, презиме и фамилия)

Адрес: п.к. ....гр/с. ...., обл. ...., ул./ж.к. ....

Бл. .... вх. ...., ап. ...., тел. ...., моб. ...., e-mail. ....

В качеството си на :  застраховано лице  ползващо лице  законен представител  упълномощено лице

на .....

(име, презиме и фамилия)

**Претенция за изплащане на обезщетение по посочения по-долу застрахователен риск:**

<input type="checkbox"/> Пълна трайна неработоспособност вследствие на злополука	<input type="checkbox"/> Възстановяване на медицински разходи
<input type="checkbox"/> Трайна неработоспособност вследствие на злополука с прогресия 350	<input type="checkbox"/> Обезщетение за болничен престой вследствие на злополука / заболяване
<input type="checkbox"/> Обезщетение за наложително лечение вследствие на злополука	<input type="checkbox"/> Критични болести
<input type="checkbox"/> Обезщетение за злополука, претърпяна от дете	<input type="checkbox"/> Освобождаване от премия
<input type="checkbox"/> Обезщетение за временна неработоспособност вследствие на злополука / заболяване	<input type="checkbox"/> Смърт на застраховано лице

Дата и място на събитието:

.....  
 .....

.....  
.....

Описание на застрахователното събитие:  Злополука

Заболяване

*Моля, подробно опишете обстоятелствата, довели до настъпване на събитието: При злополука - датата и мястото на злополуката. При заболяване – датата на диагностициране на заболяването, операцията, лечението.*

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Оказана медицинска първа помощ и/или предприето лечение:

*Моля, подробно опишете болничното заведение, името и специалността на лекаря оказал помощта или провел лечението, продължителност на престоя в болница от дата - до дата и друга уточняваща информация.*

.....  
.....  
.....  
.....

Провежда ли се полицейско разследване:  Да

Не

Ако „Да“ напишете име и координати на разследващото лице

.....  
.....  
.....

Дата .....

.....

Име Фамилия

подпис

**Приложение 2: Формуляр 2 – Уведомление за настъпило застрахователно събитие по покрит риск преживяване на Застрахования**

**Уведомление за изтекъл срок на застрахователен договор № 00000000  
и претенция за изплащане на застрахователна сума**

От.....

(име, презиме и фамилия на Застрахования или друго посочено в полицата ползващо лице)

дата на раждане ..... ЕГН.....

адрес по лична карта: .....

лична карта №..... издадена на.....от .....

телефон .....мобилен телефон .....

адрес за кореспонденция: .....

Банкова сметка

IBAN ..... BIC ..... Банка

Приложени документи

Застрахователна полица в оригинал, всички издадени Добавъци, дубликати и други документи, които са неразделна част от договора;

Копие от идентификационен документ (лична карта, паспорт)

.....

Дата:

Подпис:

.....

.....