



Животозастраховане

ВЪТРЕШНИ ПРАВИЛА № С03 16.2.1

за уреждане на претенции, предявени във връзка с
извършване на застрахователни плащания

Настоящите правила са разработени съгласно
изискванията на Кодекса за застраховане и Общите
условия, при които се сключват застрахователните
договори.

СЪДЪРЖАНИЕ

РАЗДЕЛ I - Общи положения

РАЗДЕЛ II - Уреждане на застрахователни претенции по застрахователни договори на „Групама животозастраховане“ ЕАД

РАЗДЕЛ III – Уреждане на претенции, предявени във връзка с изплащане на откупни стойности по застрахователни договори.

РАЗДЕЛ IV – Жалби по предявени претенции за извършване на застрахователни плащания.

РАЗДЕЛ I – Общи положения:

1. Настоящите „Вътрешни правила за уреждане на претенции, предявени във връзка с извършване на застрахователни плащания“ (наричани „Вътрешни правила“) на „Групама Животозастраховане“ ЕАД (наричана по-долу за краткост „Застраховател“) регламентират процедурите, по които Застрахователят:

- приема претенции по застрахователните договори;
- регистрира и обработва предявените претенции;
- събира доказателствата за установяване на техните основания и размер;
- извършва оценка на причинените вреди;
- определя размерите на застрахователните плащания;
- извършва разплащанията с потребителите и
- разглежда жалби, подадени от тях.

2. Вътрешните правила са приети на основание на чл. 104 от Кодекса за застраховането.

3. Вътрешните правила гарантират правата на потребителите за бързо, прозрачно и справедливо уреждане на претенциите им.

РАЗДЕЛ II - Уреждане на претенции за извършване на застрахователни плащания, поради настъпили застрахователни събития.

I. Приемане на претенции по застрахователни договори

Предявяването на претенции, за извършване на застрахователно плащане, поради настъпили покрити рискове, се осъществява с молба за извършване на застрахователно плащане. Молбата за извършване на застрахователно плащане се приема от застрахователя, като върху нея се полага печат, съдържащ входящ номер, датата на получаване на молбата, след което се прави копие на същата, което се предава на ползващото лице.

Молбата следва да бъде подадена в инструктивния срок, посочен в общите условия на съответната застраховка, но не по-късно от пет години от датата на настъпване на събитието.

Молбата за извършване на застрахователно плащане се попълва, както следва:

1.1. От ЗАСТРАХОВАНИЯ - при възникнали покрити рискове:

- Временна загуба на работоспособност (искът за застрахователно плащане се предявява след изтичане на временната неработоспособност);

- Трайна загуба на работоспособност (искът за застрахователно плащане се предявява след освидетелстване от ТЕЛК/НЕЛК (постановяване на Експертно решение за трайна неработоспособност от ТЕЛК/НЕЛК);

- доживяване (искът за застрахователно плащане се предявява след доживяване на застрахования на датата, определена за край на индивидуално застрахователно покритие).

1.2. От ПОЛЗВАЩОТО ЛИЦЕ (БЕНЕФИЦИЕНТ) - при възникнал покрит риск:

- Смърт на застрахования:

В случай че по застрахователния договор са посочени няколко ползващи лица, молбата се попълва и подписва от всички ползващи лица, като всяко ползващо лице посочва личната си банкова сметка.

В случай че ползващото лице е непълнолетно, молбата се попълва от законния представител, но се посочва личната банкова сметка на непълнолетното лице. При групова застраховка „Живот“ на кредитополучатели всеки от наследниците или техен общ представител, или застрахования подава молба в свободен текст за извършване на застрахователно плащане, в която се посочва банкова сметка/сметки в Република България, по която да бъде извършено застрахователното плащане. Молбата се подава в клона на Застраховачия, от който е изтеглен кредита.

Към молбата за извършване на застрахователното плащане се прилагат документи, които следва да бъдат оригинал или копия. Копията трябва да бъдат заверени с печат и текст „Вярно с оригинала“ с подпис на представител на държателя на оригиналния документ.

Неразделна част от молбата е описа на документите, които са приложени към нея.

1. При настъпване на покрит риск „Смърт на застрахования“ към молбата за застрахователно плащане се прилагат:

- препис-извлечение от акта за смърт;
- съобщението за смърт;
- удостоверение за наследници (в случай, че законните наследници са посочени като ползващи лица по застрахователния договор);
- копия на документите за самоличност на ползващите лица (в случай, че са посочени ползващи лица, различни от законните наследници);

2. При настъпване на покрит риск „Трайна неработоспособност на застрахования“ към молбата за застрахователно плащане се прилагат:

- Експертното решение (ЕР) на ТЕЛК/НЕЛК, с което е доказана трайната неработоспособност (прилагат се и медицинските документи - епикризи, резултати от медицинските изследвания, въз основа на които е издадено ЕР на ТЕЛК/НЕЛК).;
- Всички предшествващи решения на ТЕЛК/НЕЛК във връзка със същата злополука или заболяване, ако има такива.

При групова застраховка „Живот“ на кредитополучатели към горепосочените документи се прилагат и:

- здравноосигурителна книжка на застрахованото лице и заявлението за извършване на застрахователно плащане, с който застрахованият, респективно неговите наследници, поръчители или други лица уведомяват застраховачия за настъпването на смъртта или трайната неработоспособност.
- Извлечение/я от партидата/партидите на кредита/кредитите, изготвено/и от поделението на застраховачия, обслужващо кредитите, удостоверяващо остатъка по кредита/кредитите към датата на настъпване на смъртта, съответно към датата на издаване на решението на ТЕЛК/НЕЛК, удостоверяващо пълна трайна неработоспособност.

3. При настъпване на покрит риск „Временна неработоспособност на застрахования“ към молбата за застрахователно плащане се прилагат:

- болничните листове, доказващи временната неработоспособност;
- рецепти, фактури с фискален бон (при покрити медицински разходи).

4. При настъпване на покрит риск „Доживяване“ от застрахования на датата, определена за край на индивидуално застрахователно покритие:

- Копие на лична карта на застрахованото лице, заверена „вярно с оригинала“, подпис и дата

Ползващите се лица прилагат към молбата и други документи (протокол от КАТ; съдебномедицинска експертиза; епикриза от болнично заведение, аутопсионен протокол и др.), удостоверяващи датата, причината и обстоятелствата, при които е настъпило застрахователното събитие, или свидетелстващи за последиците от него върху застрахования.

Застрахователят предава документите при групова застраховка „Живот“ на кредитополучатели на Застрахователя в срок до 5 работни дни от получаването им от поделението на Застрахователя, обслужващо кредита. В същия срок Застрахователят предявява претенция от свое име, ако има такава, и посочва банкова сметка в Република България, по която да бъде извършено застрахователното плащане.

II. Регистриране и обработка на предявените претенции:

2.1. Проверка в информационната система на:

- А) застрахователния договор, по който е предявена претенцията
- Б) датата на влизане в сила на застрахователното покритие
- В) проверка на платените застрахователни премии (кога са плащани и размер на плащанията)
- Г) възстановяване на застрахователни покрития (кога и защо са възстановявани)
- Д) промени в застрахователния договор (кога и защо са правени)
- Е) справка за предишни претенции.

2.2. Преглед на досието на застрахования:

- А) оригиналната полица, предложението за застраховка, декларацията за здравословно състояние, професията и дейността на застрахования, всички добавъци (ако има издадени такива) за направени промени по застрахователния договор;
- Б) предишни претенции (по кои покрити рискове за регистрирани, извършени застрахователни плащания, отказани плащания).

2.3. Регистриране на предявени претенции в информационната система:

- автоматично присвояване на номер на претенцията (от информационната система);
- При групова застраховка „Живот“ на кредитополучатели номерът на претенцията се присвоява ръчно, като той следва да отговаря на изходящия номер на писмото на Застрахователя, с което е предявен същия.
- въвеждане на дата на претенцията (ръчно, като се въвежда датата на постъпване на молбата за извършване на застрахователно плащане или писмото на Застрахователя в застрахователната компания);
- присвояване на номера на застрахователния договор към претенцията, въвеждане на застрахователното събитие, покрития риск, увреденото лице, ползващото лице;

- образуване на резерв по претенция (същият се изчислява в зависимост от договорените условия по застрахователния договор, остатъка по кредита към дата на настъпване на покрития риск и актюерска формула – при допълнителен договор „Опращане на премия“);
- образуване на презастрахователен резерв (информирание на презастрахователя);
- промяна на статуса на застрахователния договор (в случай на смърт на застрахованото лице, при индивидуалните договори).

III. Събиране на допълнителни доказателства по претенция:

С цел доказване, че настъпилия риск (смърт, трайна неработоспособност, временна неработоспособност) е вследствие на застрахователно събитие и е покрит риск по смисъла на Общите условия на съответната застраховка, Застрахователят събира допълнителни доказателства.

Допълнителните доказателства се изискват писмено при спазване на разпоредбите на Кодекса за застраховането. Допълнителните доказателства могат да бъдат: епикризи, сведение за настъпила битова злополука Становище на лекуващ/личен лекар Служебна бележка от работодателя декларация за трудова злополука, разпореждане на НОИ за трудова злополука, констативен протокол, протокол за химическа експертиза, аутопсионен протокол, съдебномедицинска експертиза на трупа, здравноосигурителна книжка, болнични листове.

Застрахователят изисква допълнителните доказателства – протокол за оглед на местопроизшествие, протокол за химическа експертиза, съдебномедицинска експертиза на трупа, автотехническа експертиза от органите на МВР, разследващите, съдебните органи. Прокурорското постановление или съдебното решение се изисква и от ползващите се лица при установяване на основанието и размера на претенцията им.

Писмата, с които се изискват допълнителни доказателства, се изготвят от служителите в отдел „Уреждане на претенции“, като същите се подписват съгласно Ред за подписване на документи от правоимащи лица в „Групама Жинотозастраховане“ ЕАД. съгласно Ред за подписване и одобрение на документи от правоимащи лица, който е приет на заседание на Съвета на директорите на Застрахователя

В случай, че Застрахователят следва да заплати за получаването на допълнително изисканите доказателства (документи), ръководителят на отдел „Уреждане на претенции“ изготвя искане за плащане до главния счетоводител. Към искането за плащане се прилага писмото/документа, въз основа на което е изготвено същото. Искането за плащане се одобрява съгласно Ред за подписване на документи от правоимащи лица в „Групама Жинотозастраховане“ ЕАД. Получаването

на допълнителните документи /доказателства се удостоверява, като върху всеки един от тях се поставя печат, съдържащ входящ номер, дата на получаване, име и подпис на служителя, приел документа, като задължително се запазва пощенския плик, с който са изпратени. В случай, че са донесени в Застрахователната компания лично от ползващото лице се изготвя протокол, който съдържа: опис на документите, датата на получаване, името и подписа на лицето, донесло документите, името и подписа на служителя приел документите. Прави се копие на протокола, което се връчва на лицето/ползващото лице. Получените документи се регистрират в информационната система.

IV. Оценяване на вредите, причинени от настъпило застрахователно събитие:

Въз основа на предоставените доказателства във връзка с предявената претенция, Застрахователят преценява причинно-следствената връзка между настъпилото застрахователно събитие и получените увреждания. Обезщетяването на медицински разходи се извършва само при действително извършени разходи, въз основа на представени разходно-оправдателни документи, отговарящи на Закона за счетоводството и Закона за ДДС.

При предоставянето на допълнително изискваните от Застрахователя документи се извършва консултация с доверен лекар, който изготвя писмено становище, което се прилага към съответната претенция.

При настъпила трайна загуба на работоспособност оценката на вредите се извършва според мотивите, вписани в Експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК, което е издадено съгласно действащата нормативна уредба. В случай, че страните по застрахователния договор са възприели специална скала за определяне на трайно намалена или загубена работоспособност или в случай, че има съмнение за вида и размера на последствията от застрахователното събитие се сформира застрахователно-медицинска комисия /ЗМК/, която извършва медицинска експертиза и оценка на настъпилите увреждания съгласно Общите условия по съответната застраховка. Становището на ЗМК се оформя в Протокол, който се прилага към съответната претенция.

V. Определяне на размера на обезщетенията/застрахователните плащания:

Размерът на обезщетението се определя от Застрахователят въз основа на общите и специалните условия на съответната застраховка и конкретният застрахователен договор. Дължимото застрахователно обезщетение се изчислява от служител в отдел „Уреждане на претенции“ в зависимост от размера на застрахователната сума, вида на застрахователното събитие, настъпилият покрит или изключен риск, представените доказателства и писмените становища на доверен лекар и ЗМК.

Застрахователното обезщетение се определя и по силата на влязло в сила съдебно решение, когато то има действие и спрямо Застрахователя съгласно разпоредбите на действащото законодателство.

VI. Извършване на разплащанията с потребителите:

Решенията за извършване на разплащане с потребителите или за отказ на претенцията се вземат след като се направи:

5.1. Преглед на претенция, който следва да даде отговор на следните въпроси:

- получени ли са всички, писмено изискани от застрахователя документи;
- направено ли е разследване във връзка с укрита обстоятелства при сключване на застрахователния договор, предварително съществуващи заболявания и др.;
- настъпилото събитие застрахователно ли е (преглед на условията, при които е подписан застрахователния договор - покритите и изключените рискове);

5.2. Доклад по претенция, който съдържа име на застрахования, номер на застрахователен договор, вид застраховка, срок на индивидуално застрахователно покритие, дата на настъпване на застрахователно събитие и покрит риск, предишни претенции, размер на обезщетение, платено при предишни претенции, размер на обезщетение за текущата претенция, становище на упълномощен служител в отдел „Уреждане на претенции“.

5.3. В срок до 15 работни дни, след получаването на всички, писмено изискани документи Застрахователят определя и изплаща размера на обезщетението или застрахователната сума или мотивирано отказва плащането.

5.3.1. Решенията по претенциите се вземат съгласно „Ред за подписване и одобрение на документи от правоимащи лица“, който е приет на заседание на Съвета на директорите на Застрахователя

5.3.2. В случай, че претенцията е определена като „основателна“ и следва да се извърши разплащане с потребителя/ите, същото се извършва по банков път, по личната банкова сметка (в съответната валута) на ползващото се лице. Служителят в отдел „Уреждане на претенции“ изготвя (чрез информационната система) решение за застрахователно плащане.

5.3.3. В случай, че претенцията е определена като „неоснователна“ служителят в отдел „Уреждане на претенции“ отразява основанието за отказа в информационната система, при което следва автоматично освобождаване на резерва по претенцията и изготвяне на решение, с което претенцията се определя като „неоснователна“. Застрахователят информира писмено ползващото се лице за основанието на отказа за извършване на застрахователно плащане. Мотивираният отказ се подписва съгласно „Ред за подписване и одобрение на документи от правоимащи лица“, който е приет на заседание на Съвета на директорите на Застрахователя

5.3.4. Застрахователят информира писмено ползващото се лице за размера на определеното обезщетение, когато същият се различава от този претендиран от потребителя.

РАЗДЕЛ III – Уреждане на претенции, предявени във връзка с изплащане на откупи на застрахователни договори.

1. Застрахованият има право на откуп на застрахователния си договор (при застраховка „Живот“) във всеки един момент от срока на застрахователното покритие при положение, че от началото на застрахователното покритие са минали поне две пълни застрахователни години и премиите са плащани съгласно указаните в застрахователния договор срокове и размери. Изискването да са изминали поне две години не се прилага, когато са платени 15 на сто или по-голяма част от премиите по застраховката.

2. Приемане на претенция за изплащане на сума на откуп
Правоимащото лице предявява претенция за изплащане на сума на откуп като представя заявление за откуп Заявлението за откуп се приема от застрахователя, като върху него се полага печат, съдържащ

датата на получаване на заявлението, след което се прави копие на същото, което се предава на правоимащото лице.

3. Събиране на доказателства за установяване на основанието и размера на сумата на откупа

Към заявлението за откуп се прилага копие на лична карта на застрахования, заверена „вярно с оригинала“ и подпис към датата на заявлението за откуп (в случай че той не се яви лично с документ за самоличност пред служител или изрично упълномощен представител на Застрахователя) и застрахователния договор.

4. Определяне на размера на сумата на откупа

Откупната стойност се изчислява към датата на заявлението за откупа. За дата на откупа се приема датата на заявлението за откуп.

Откупната стойност е равна на стойността на цилмеризирания математически резерв по застрахователния договор, намален с премиите/премийните вноски в забава, неиздължените разсрочени премийни вноски и с таксата по откупа. Таксата по откупа е равна на 10 % от стойността на цилмеризирания математически резерв.

Сумата, която Застрахователят изплаща при откупа, е равна на откупната стойност на застрахователния договор към дата на заявлението за откуп и натрупаната сума във фонд „Печалба“ на застрахователния договор, минус непогасената стойност на отпуснати от застрахователя заеми по застрахователния договор.

5. Извършване на разплащанията с потребителите

Решенията за изплащане на сумата на откупа се вземат съгласно „Ред за подписване и одобрение на документи от правоимащи лица“, който е приет на заседание на Съвета на директорите на Застрахователят.

Сумата на откупа се изплаща от застрахователя на правоимащото лице по посочена банкова сметка в България в срок от 15 работни дни от получаването на заявлението за откуп.

РАЗДЕЛ IV – Жалби по претенции за извършване на застрахователни плащания.

Жалбите, които постъпват при Застрахователя се регистрират в деловодството, като задължително се отбелязва входящия номер и датата на постъпване. Същите са в свободен текст, като необходимите реквизити са трите имена и адрес на жалбоподателя, на който ще се изпраща кореспонденцията във връзка с подадената жалба; възраженията и тяхното основания, искането и подпис на подателя.

Жалбите се разглеждат от комисия по жалбите, в чийто състав са включени представители на отделите, отговорни за бизнес процесите, засегнати в конкретната жалба.

При необходимост се изисква повторно становище на доверения лекар или ЗМК, след което се прави преглед на основанието, въз основа на което е взето решението по претенцията. Застрахователят може да поиска представяне на допълнителни документи, имащи отношение към основанието и размера на претенцията.

Отговорът на жалбите е писмен и се изготвя от Ръководител отдел „Уреждане на претенции“, съгласувани с юрист на Застрахователя в 7 дневен срок когато жалбата е относно определения размер на

застрахователно обезщетение/плащане и в едномесечен срок във всички останали случаи. Писмото до жалбоподателя се съгласува с Директор Злополука и здраве и се подписва от изпълнителния директор/прокуриста.

Настоящите правила са приети на заседание на Съвета на директорите на „Групама Животозастраховане“ ЕАД на 15.08.2008г. и изменени с Решение на Съвета на директорите, отразено в Протокол от 15.03.2016 г.