

ВЪТРЕШНИ ПРАВИЛА И ПРОЦЕДУРИ ЗА УРЕЖДАНЕ НА ПРЕТЕНЦИИ

По застрахователни договори
на „Групама животозастраховане“ ЕАД

I. ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Вътрешните правила за уреждане на претенции по застрахователни договори, сключени в съответствие с Общите и/или Специалните условия по застраховка „Живот“, „Допълнителна застраховка“, застраховка „Злополука“ и техните разновидности, регламентират процесите по приемане на претенции, събиране на доказателства за установяване на тяхното основание и размер, оценяване на причинените вреди и определяне на размера на застрахователното обезщетение, разплащане с потребителите на застрахователни услуги и разглеждане на жалби, подадени по тях.
2. Вътрешните правила за уреждане на претенции целят да се гарантира бързо, прозрачно и справедливо уреждане на претенции по застрахователни договори.
3. При разглеждането на преписки по застрахователни претенции и определянето и изплащането на застрахователни обезщетения се спазват:
 - Кодекс за застраховането
 - Търговски закон /обща част/
 - Закон за наследството
 - Наредбата за задължителното застраховане
 - Общите и Специални условия на застраховките и
 - Настоящите указания
4. Настоящите Вътрешни правила се прилагат по отношение уреждане на претенции по застраховка „Живот“, „Допълнителна застраховка“, застраховка „Злополука“ и техните разновидности, дотолкова, доколкото в Общите и/или Специалните условия не е предвидено нещо друго.
5. Застрахователят може да приема указания и други вътрешни актове, допълващи действието на настоящите вътрешни правила.
6. Претенции за изплащане на застрахователни обезщетения се завеждат само в Централно управление на Застрахователя „Групама Животозастраховане“ ЕАД, Отдел „Уреждане на претенции“.
7. В зависимост от условията на сключения застрахователен договор и на избраните покрития, Застрахователят изплаща застрахователни обезщетения и/или суми в случай на:
 - 7.1. Смърт вследствие злополука или заболяване;
 - 7.2. Пълна и необратима загуба на автономност вследствие злополука или заболяване (ПНЗА)
 - 7.3. Пълна и трайна неработоспособност, вследствие на заболяване или злополука (ПТН)
 - 7.4. Трайно намалена работоспособност вследствие злополука или заболяване (ТНР)

7.5. Временна неработоспособност вследствие злополука или заболяване

7.6. Други покрити рискове

II. ПРОЦЕДУРА ЗА ОБРАЗУВАНЕ И РАЗГЛЕЖДАНЕ НА ПРЕПИСКИ ПО ПРЕТЕНЦИИ

1. При предявяване на претенции за изплащане на застрахователно обезщетение, пред Застрахователя се подава писмено Заявление (по образец на Застрахователя).
- 1.1. В Заявлението се попълват точно данните на Застрахования, като се вписват данните на подалия го (когато не се подава лично от Застрахования) и имената на лицата, които имат право да получат застрахователното обезщетение.
- 1.2. Към заявлението се прилагат документи, доказващи настъпването на събитието.
2. Служителят на Застрахователя, който приема документите, проверява:
 - Верността и пълнотата на вписаните данни;
 - Валидността на застрахователния договор;
 - Правата на лицето по застрахователния договор (дали е в групата на застрахованите и ползващи лица);
 - Съответствието на представените документи с изискванията на Застрахователя.
3. След приемане на документите, Заявлението задължително се завежда с входящ номер и дата, служещи за удостоверяване на постъпила претенция и за дата на завеждане на претенцията.
4. Застрахователят регистрира всяка претенция в информационната система. Регистрацията на претенцията се извършва в Централно управление на Групама Животозастраховане ЕАД. Работният процес се състои от следните фази:
 - регистрация на претенцията;
 - изчисляване на обезщетението;
 - уточняване на плащане;
 - потвърждаване на плащане;
 - архивиране.
5. Застрахователят регистрира претенцията в информационната система, като номерът на застрахователната претенция е уникален.
6. При завеждане на претенция отговорният служител проверява застрахователната полица/Сертификат в информационната система и регистрира претенцията в деня на получаване на заявлението за застрахователно плащане.
7. При регистрация на претенцията в информационна система, служителът следва да посочи и резерв за предстоящи плащания по претенцията. Посочва се приблизителният очакван размер на обезщетението по съответния риск, а ако не е известен – първоначално се посочва максималният размер на обезщетение по съответния риск.
8. В процеса на окомплектоване на претенции, всеки постъпил по претенцията документ се завежда във входящия деловоден регистър, след което се прилага към преписката по реда на постъпването.
9. Документи, различни от изисканите при завеждане на претенция, могат да се изискват допълнително по електронен път (имейл) или с писмо, но не по-късно от 45 дни от датата на регистрацията на претенцията.
10. Служители, които завеждат претенции и приемат документи **НЯМАТ ПРАВО ДА ОТКАЗВАТ** под каквато и да било форма – устно или писмено, завеждане на претенция и/или изплащане на застрахователно обезщетение.

11. При установен конфликт на интереси при завеждане и/или обработка на претенция, същият трябва да бъде докладван незабавно на Изпълнителния директор за даване на указания за по-нататъшното разпределение на претенция.

III. НЕОБХОДИМИ ДОКУМЕНТИ ЗА ОКОМПЛЕКТОВАНЕ НА ПРЕПИСКИ

1. За всички рискове:

- 1.1. Заявление (по образец). Във всички случаи, Застрахователят не може да откаже да приеме предявена от увреденото лице или ползващо се лице писмена претенция за изплащане на обезщетение, направена в свободна форма.

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

1.1.2. В случай, че ползващото лице е непълнолетно, заявлението се попълва от законния представител, но се посочва личната банкова сметка на непълнолетното лице.

1.1.3 При групова застраховка „Живот“ на кредитополучатели всеки от наследниците или техен общ представител, или застрахования подава заявление за извършване на застрахователно плащане, в което се посочва банкова сметка/сметки в Република България, по която да бъде извършено застрахователното плащане. Заявлението се подава в банковия клон на Застраховация, от който е изтеглен кредита.

1.2. Застрахователна полица/Сертификат или друг документ, удостоверяващ наличието на сключена застраховка.

1.2.1. при индивидуални застраховки и застраховки на членовете на домакинства – оригинал на застрахователен договор. Завеждане на претенция може да се извърши без представяне на оригинал на застрахователен договор с разрешение от ЦУ, за което е необходимо правоимащото лице да подпише писмена декларация със свободен текст, в която да бъдат посочени причините за непредставяне на договора;

1.2.2. при групови застраховки с поименен списък - списък на застрахованите лица;

1.2.3. при групови застраховки без списък на застрахованите лица - служебна бележка от Застраховация/работодателя, удостоверяваща че към момента на настъпване на застрахователното събитие лицето е в групата на застрахованите.

2. При настъпване на покрит риск „Смърт“ на застрахования

2.1. Препис-извлечение от Акт за смърт - заверено фотокопие, с печат и текста “Вярно с оригинала” с подпис на представител на държателя на оригиналния документ;

2.2. Съобщение за смърт - заверено фотокопие, с печат и текста “Вярно с оригинала” с подпис на представител на държателя на оригиналния документ;

2.3. Удостоверение за наследници (оригинал) – когато ползващите лица са законните наследници;

2.4. 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;

2.5. Други документи по преценка на Застрахователя, допринасящи за установяване на застрахователното събитие и размера на плащането.

3. При настъпване на покрит риск „пълна и необратима загуба на автономност“ (ПНЗА), „пълна и трайна неработоспособност“ (ПТН) и „трайно намалена работоспособност“ (ТНР)

3.1. 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);

- 3.2. Всички предшестващи решения на ТЕЛК/НЕЛК във връзка със същата злополука или заболяване, ако има такива.
- 3.3. Болнични листове, епикризи, изследвания и други медицински документи от лечебни заведения, регистрирани по Закона за лечебните заведения;
- 3.4. Личен амбулаторен картон;
- 3.5. Актуална медицинска консултация за състоянието на пострадалото лице към датата на освидетелстването.
 4. За изплащане на застрахователно обезщетение за „временна неработоспособност“ на Застрахования
- 4.1. Личен амбулаторен картон;
- 4.2. Амбулаторни листове, Епикризи и други медицински документи от лечебни заведения, регистрирани по Закона за лечебните заведения;
- 4.3. Болнични листове и Решения на ТЕЛК/НЕЛК за продължаване на временна неработоспособност, ако има такива.
 - 4.3.1. При удостоверяване на временната неработоспособност с болнични листове, в поредицата болнични листове трябва да има само един първичен, а останалите да са негово продължение. Изключение се допуска в случаите, когато лечението се провежда в различни медицински звена, без прекъсване.
 - 4.3.2. за учаци и деца от детски градини и ясли се попълва Становище на лекуващия лекар с данни за временната неработоспособност от лекуващия лекар, който вписва номер на амбулаторния журнал, диагноза и времетраенето на неработоспособността.
5. При настъпване на покрит риск „Доживяване“:
 - 5.1. Копие на лична карта на застрахованото лице, заверена „вярно с оригинала“, подпис и дата
 - 5.2. „Декларация за ползвани данъчни облекчения“ (по образец на застрахователя) за всички направени вноски по застраховката „Живот“.
 - 5.3. Декларация за целите на автоматичния обмен на финансова информация на основание чл. 142т, ал. 1 от Данъчно-осигурителния процесуален кодекс (ДОПК)
 - 5.4. Декларация по чл. 42, ал. 2, т. 2 от ЗМИП.

IV. ДОКАЗАТЕЛСТВА ЗА УСТАНОВЯВАНЕ НА ОСНОВАНИЕТО И РАЗМЕРА НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИТЕ ПРЕТЕНЦИИ

1. Застрахователят уведомява Застрахования/третото ползващо се лице за доказателствата, които то трябва да представи за установяване на основанието и размера на претенцията си. Допълнителни доказателства може да се изискват само в случай че необходимостта от тях не е можела да бъде предвидена към датата на завеждане на претенцията и най-късно в срок до 45 дни от датата на представяне на доказателствата, изискани при завеждане.
2. Не се допуска изискване на доказателства, с които Застрахования/третото ползващо се лице не може да се снабди поради съществуващи нормативни пречки или поради липсата на правна възможност за осигуряването им, както и на такива, за които може да бъде направена благоразумна преценка, че нямат съществено значение за установяване на основанието и размера на претенцията и целят необосновано забавяне и удължаване на процедурата по уреждане на претенцията.
3. За нуждите на установяване на застрахователното събитие и на вредите, причинени от него, Застрахователят има право да получи необходимата информация, съхранявана от органите на Министерството на вътрешните работи, разследващите органи, другите

държавни органи, личния лекар, лечебните и здравните заведения и лицата, които имат право да удостоверяват настъпването на обстоятелства, както и заверени преписи от документи. Когато исканата информация е част от материалите по предварителното производство, прокурорът разрешава достъпа до нея.

4. Когато информацията по т. 3 представлява защитена от закона тайна, при предоставянето ѝ на лицата писмено и срещу подпис се разясняват задълженията им да не я разгласяват, както и последиците от нейното нерегламентирано разгласяване.
5. Преди сключване на договор за застраховка „Живот“, „Допълнителна застраховка“, застраховка „Злополука“ и техните разновидности, 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, чийто живот, здраве или телесна цялост са предмет на застраховане.
6. При настъпване на застрахователно събитие, Застрахователят има право на достъп до цялата медицинска документация във връзка със здравословното състояние на лицето, чийто живот е застрахован, и може да я изисква от всички лица, съхраняващи такава информация.
7. В процеса на окомплектоване на претенция с всички изискани и допълнително представени документи, същата се разглежда от отговорния служител, за да се прецени основанието за изплащане на застрахователно обезщетение и размера на обезщетението въз основа на следното:
 - Застрахователното събитие да е настъпило в срока на валидност на застрахователната полица/индивидуалното застрахователно покритие, респ. специални условия отразени в добавък към застрахователната полица;
 - Застрахователното събитие трябва да бъде покрит застрахователен риск, съгласно клаузите на конкретния застрахователен договор.
 - Застрахованият да е изпълнил всички свои задължения в сроковете, определени в Общите условия.
 - Да се установи дали по време на настъпване на застрахователното събитие е имало промяна (увеличаване или намаляване) на рисковите обстоятелства, в сравнение с първоначалните условия на сключване на застрахователния договор и за които застрахованият е бил длъжен писмено да уведоми, но не го е направил.
 - При застрахователно събитие възникнало извън територията на Република България, задължително се проверява териториалният обхват по полицата, валиден към датата на събитието.

V. ОПРЕДЕЛЯНЕ НА РАЗМЕРА НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНОТО ОБЕЗЩЕТЕНИЕ

1. Размерът на обезщетението се определя от Застрахователя 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.
2. 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. ПРИКЛЮЧВАНЕ НА ЩЕТИТЕ И ИЗВЪРШВАНЕ НА РАЗПЛАЩАНИЯ

1. Всяка претенция се приключва с Доклад по претенция.
2. Докладът задължително се съгласува и одобрява от съответните длъжностни лица, в съответствие с приетите правила за компетенциите за взимане на решение.

3. Застрахователят, в срок 15 работни дни от представянето на всички необходими документи:
 - 3.1. определя и изплаща застрахователното обезщетение или сума на правоимащите лица, в съответствие с условията на застрахователния договор или
 - 3.2. мотивирано отказва плащането.
4. При положение, че размерът на изчисленото и одобрено за изплащане обезщетение се различава от претендираното, то до Застрахователя и/или ползващите се лица се изпраща мотивиран отговор, посредством писмо с обратна разписка, куриер или друг подходящ начин.
5. След изплащане на обезщетенията, плащането се отразява и в информационната система и преписката се изпраща в архив.
6. Застрахователните обезщетения се изплащат на застрахованото лице/ ползващите лица по банков път.
7. В случаите, когато ползващите се лица са малолетни, непълнолетни или поставени под пълно или ограничено запрещение, застрахователните обезщетения се внасят по банкова сметка на тяхно име в търговска банка.
8. При застраховки, сключени върху живота, здравето и телесната цялост на лица под 18 годишна възраст, застрахователни обезщетения се изплащат в съответствие с разпоредбите на действащото законодателство
9. В случаите на отказ от изплащане на застрахователно обезщетение:
 - 9.1. В ЦУ на Застрахователя се изготвя писмо, което съдържа решението на Застрахователя и мотивите за това.
 - 9.2. След изпращане на отказното писмо претенцията се закрива по съответния ред в информационна система и преписката се прилага в архив.
10. Всички промени в състоянието на претенциите се отразяват от отговорния служител ежедневно в информационната система (плащания, откази, архив и др.).
11. Отдел „Уреждане на претенциите“ организира и обслужва архива на претенциите по застраховки застраховка „Живот“, „Допълнителна застраховка“, застраховка „Злополука“ и техните разновидности.

VIII. ЖАЛБИ ОТ КЛИЕНТИ

1. За всички случаи на отказ за изплащане на застрахователно обезщетение или определяне на обезщетение, различно по размер от претендираното от Пострадалото/Увреденото лице или Ползващите се лица, Застрахователят изпраща мотивиран отговор на Пострадалото/Увреденото лице или Ползващите се лица.
2. Пострадалото/Увреденото лице или ползващото се лице може да обжалва отказа за изплащане на обезщетение или неговия размер пред Застрахователя.
 - 2.1. Обжалването на решението на Застрахователя се осъществява от заинтересованото лице с писмена молба/възражение, като същата се разглежда в Централно Управление на Застрахователя.
 - 2.2. Молба/възражение се депозира в Централно управление на Застрахователя на адрес гр. София-1124; бул.„Цариградско шосе“ № 47А, бл. В, ет. 3 – „Групама Застраховане“ ЕАД, като в същата се посочва и номера на претенция, по която е изготвена молба/възражение. Застрахователя регистрира входящ номер и дата на постъпилата молба/възражение в документно оборотната програма на „Групама Застраховане“ЕАД. Жалбоподателя, може да приложи към молба/възражение допълнителни писмени доказателства или документи, които не са били представени на Застрахователя по преписката и са относими към застрахователното събитие.

- 2.3. Получените молба/възражение се регистрира в регистър жалби и се предоставят на отдел „Уреждане на претенциите“ за становище.
- 2.4. По всяка отделна подадена молба/възражение застрахователя се произнася в срок не по-късно от 30 /тридесет/ дни от постъпването им.
- 2.5. Окончателното становище на Застрахователя по молба/възражение се подписва от Изпълнителен директор на „Групама Животозастраховане“ ЕАД на жалбоподателя.
- 2.6. Всички спорни въпроси, за които не е постигнато доброволно уреждане, могат да бъдат отнесени за разрешаване пред компетентния съд.

ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

- §.1 Настоящите Вътрешни правила са приети от Съвета на директорите в съответствие с чл. 104 от КЗ на
 - §.2 Промени и допълнения в настоящите Правила могат да бъдат извършвани по реда на тяхното приемане.
 - §.3 Настоящите правила са приети на заседание на Съвета на директорите на „Групама Животозастраховане“ ЕАД на 15.08.2008г., изменени с Решение на Съвета на директорите, отразено в Протокол от 15.03.2016 г. и изменени с Решение на Съвета на директорите, отразено в Протокол от 24.06.2020 г.
-
1. В случай на конфликт между българската и английската версия на документа, версията на български език ще бъде първостепенна.
 2. Настоящата процедура отменя процедурата с по-ниска версия (версиите се обозначават в индивидуалните номера на процедурите, както и в самата бланка).