

ВЪТРЕШНИ ПРАВИЛА ЗА ДЕЙНОСТТА ПО УРЕЖДАНЕ НА ПРЕТЕНЦИИ ПО ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ ДОГОВОРИ НА „ЗАСТРАХОВАТЕЛНО АКЦИОНЕРНО ДРУЖЕСТВО ДАЛЛБОГГ: ЖИВОТ И ЗДРАВЕ“ АД

Раздел I. ОБЩА ЧАСТ ГЛАВА ПЪРВА ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

Чл. 1. Вътрешните правила за дейността по уреждане на претенции по застрахователни договори на „ЗАД ДаллБогг: Живот и Здраве“ АД регламентират процедурите, по които застрахователят приема претенциите по застрахователните договори, събира доказателства за установяване на техните основание и размер, извършва оценка на причинените вреди, определя размера на застрахователното обезщетение, извършва разплащане с потребителите на застрахователни услуги и разглежда жалби, подадени от тях.

Чл. 2. Целта на Вътрешните правила за дейността по уреждане на претенции по застрахователни договори на „ЗАД ДаллБогг: Живот и Здраве“ АД е да се гарантира бързо, прозрачно и справедливо уреждане на претенции по застрахователни договори.

Чл. 3. Вътрешните правила за дейността по уреждане на претенции по застрахователни договори на „ЗАД ДаллБогг: Живот и Здраве“ АД не се прилагат за уреждане на претенции за застраховки на големи рискове.

Чл. 4. Всяка промяна, която касае дейността по уреждане на претенции по застрахователни договори и настоящите Вътрешни правила, се приема от Съвета на директорите на „ЗАД ДаллБогг: Живот и Здраве“ АД, като изменените и допълнени Вътрешни правила се предоставят на Комисията за финансов надзор в 7-дневен срок от приемането им.

Чл. 5. С една претенция по застрахователен договор може да се претендира за плащане на застрахователно обезщетение само по един вид застраховка и за отделно застрахователно събитие. В случай на настъпване на вреди от две различни застрахователни събития, се предявяват две отделни претенции.

Чл. 6. (1) При предявяването на всяка претенция застрахованият (ползващият се от застраховката) лично или чрез свой упълномощен представител попълва писмено искане по образец на застрахователя за получаване на застрахователно обезщетение за съответното застрахователно събитие. Образецът на писменото искане за получаване на застрахователно обезщетение съставлява неразделна част от настоящите Вътрешни правила.

(2) Писменото искане за предявяване на претенция, представените заедно с него доказателства и всички други писмени волеизявления от потребителите на застрахователни услуги, отправени към „ЗАД ДаллБогг: Живот и Здраве“ АД, се регистрират в деня на постъпването им в дружеството, като на сезиращото лице се предоставя входящия номер. Регистрираните уведомления се вписват във водения от застрахователя регистър на сметите.

(3) Допълнително предоставените на застрахователя писмени доказателства се отразяват датирано в списъка на необходимите документи по съответната застрахователна претенция.

Чл. 7. В искането заявителят задължително посочва:

1. трите имена (наименование на юридическото лице), ЕГН (Единен идентификационен код или Булстат) и адреса (седалището и адреса на управление) на застрахования (ползващия се от застраховката) и на заявителя;
2. номера и датата на застрахователната полица;
3. вида и датата на застрахователното събитие;
4. вида и размера на причинените от застрахователното събитие вреди;
5. предпочитан от заявителя начин на обезщетяване, когато е приложимо;
6. банкова сметка, по която да бъде изплатено застрахователното обезщетение.

Чл. 8. (1) Към искането за получаване на застрахователно обезщетение се прилагат заверени копия на писмените доказателства на заявителя на претенцията относно:

1. наличието и валидността на твърдяната от него застраховка, в т. ч. застрахователна полица и документ за платена застрахователна премия;
2. настъпването на застрахователното събитие;
3. настъпването и размера на твърдяните от заявителя вреди;
4. други изискуеми документи съгласно общите и/или специални условия за съответния вид застраховка.

(2) Видовете писмени доказателства по чл. 9, ал. 1 са посочени от застрахователя като реквизит от писменото искане за получаване на застрахователно обезщетение.

(3) Писмените доказателства по чл. 9, ал. 1 се изискват от потребителите на застрахователни услуги при спазване на разпоредбата на чл. 106, ал. 5 от Кодекса за застраховането.

Чл. 9. (1) Писмените документи, доказващи основанието и размера на застрахователната претенция, се предоставят на застрахователя от потребителите на застрахователни услуги като заверени копия.

(2) Застрахователят може да иска представяне на оригинали на писмените документи за извършване на съпоставка със заверените копия, след което оригиналните документи се връщат на потребителя на застрахователни услуги.

(3) Всички документи, съставени на чужд език, предоставяни от заявителя на претенцията, трябва да бъдат придружени от точен превод на български език, извършен от заклет преводач.

Чл. 10. При завеждане на всяка претенция потребителят на застрахователни услуги представя документите, посочени в общите условия по съответния вид застраховка.

Чл. 11. В случай на непълно комплектоване на преписка липсващите или ненадлежно заверени документи се изискват от застрахователя чрез уведомление до заявителя. Документите се заверяват чрез поставяне на надпис „Вярно с оригинала” и подпис на потребителя на застрахователната услуга, а в случаите, в които последният е юридическо лице - и чрез поставяне на печат. Ако необходимостта от конкретно доказателство не е можела да бъде предвидена при завеждане на претенцията, застрахователят може да го изиска допълнително в срок до 45 дни от датата на представяне на документите, изискани при завеждане на щетата.

Чл. 12. Съгласно чл. 106, ал. 3 и ал. 4 от Кодекса за застраховането, дружеството може да изисква допълнителни доказателства, които не са предвидени в застрахователния договор при сключването му и които са необходими за установяването на основанието и размера на претенцията, само в случай, че необходимостта от тях не е можела да бъде предвидена към датата на завеждане на съответната претенция при условията и по реда, регламентиран в особената част на настоящите Вътрешни правила.

Чл. 13. Писмените уведомления се изпращат на застрахования по подходящ начин, избран от него, чрез подписване на Декларация (по образец Приложение № 9) при сключване на договора, с която застрахованото лице декларира желан от него начин за уведомяване. Застрахованото лице може да избере всички уведомления да му бъдат изпращани по електронна поща, да бъде уведомяван чрез електронното си досие, достъпно на интернет сайта на застрахователя чрез предоставени индивидуално потребителско име и парола, или да му бъдат изпратени по пощата чрез писмо с обратна разписка. В случай, че уведомяването се извършва, чрез електронното досие на застрахованото лице или електронната му поща, лицето се счита за уведомено от датата на публикуване на информацията в електронното му досие или от датата на изпращане на електронното съобщение. В случай, че уведомленията се изпращат по пощата чрез писмо с обратна разписка в обратната разписка изрично трябва да се посочи, че писмото съдържа уведомление по член 106 или съответно по член 108 от Кодекса за застраховането.

Чл. 14. Определянето на размера на застрахователното обезщетение по претенция на потребител на застрахователна услуга, претендирано пред „ЗАД ДаллБогг: Живот и Здраве” АД, се извършва в съответствие с общите условия на съответния вид застраховка и застрахователния договор.

Чл. 15. При изготвянето на протоколи за оглед/опис на щети потребителите на застрахователни услуги имат правна възможност на изрично обособено място в съответния писмен документ да направят възражения по повод отразените факти и обстоятелства.

Чл. 16. Изплащането на дължимото застрахователно обезщетение се извършва от застрахователя по банков път по посочена от застрахования банкова сметка.

Чл. 17. Обезщетенията се изплащат след изпълнение на следните действия:

1. определяне на размера на вредите и размера на застрахователното обезщетение от експерти на застрахователя; в случай на необходимост от специални знания в процедурата по уреждане на претенции, застрахователят определя вещо лице с подходящо образование и квалификация, което да даде заключение по предявената претенция;
2. комплектованата с доказателства ликвидационна преписка се предава за изплащане в Дирекция „Финансово – счетоводна“ на застрахователя за изготвяне на необходимите документи по изплащането на обезщетението;
3. подписан, платежният документ се придвижва от служителите на Дирекция „Финансово – счетоводна“ съгласно утвърдените процедури за изплащане на обезщетения.
4. след изплащане на обезщетението ликвидационната преписка се предава в Дирекция „Информационно обслужване“ за архивиране и съхранение.

Чл. 18. При наличие на основание за регресен иск в ликвидационната преписка задължително се прилагат данни за виновното лице – трите имена, адрес, телефон, както и други данни, които го индивидуализират.

Чл. 19. Застрахователят не дължи обезщетение по клаузите на общи и специални изключения на общите и специалните условия за съответния вид застраховка. В случаите, в които няма основание за изплащане на обезщетение съгласно общите условия, „ЗАД ДаллБогг: Живот и Здраве“ АД може да реши изплащане на обезщетение екс грация.

Чл. 20. (1) След изплащане на обезщетението се прилагат:

1. процедура за предявяване на регрес, прилагана от „ЗАД ДаллБогг: Живот и Здраве“ АД, в случаите, когато има правно основание за това;
2. процедура за движение и архивиране на ликвидационни преписки;
3. процедура за разглеждане и решаване на постъпили жалби.

(2) Процедурата за предявяване на регрес, прилагана от „ЗАД ДаллБогг: Живот и Здраве“ АД, включва изпълнението на следните действия: индивидуализиране на виновното лице, извършвано от служителите от Дирекция „Ликвидация“, изготвяне на писмено становище от служителите от отдел „Ликвидация“ относно основанията за предявяване на регрес, предаване на писменото становище заедно с цялата преписка на Дирекция „Правна“ за оценка на събраните доказателства, определяне кръга на възможните други доказателства, изготвяне и подаване на искова молба до компетентния съд.

(3) Процедурата за движение и архивиране на ликвидационни преписки включва следните действия: приемане и комплектоване на преписките в Дирекция „Ликвидация“, предаване на преписката за изплащане на обезщетение в Дирекция „Финансово-счетоводна“, след извършване на плащането предаване на преписката в Дирекция „Информационно обслужване“ за архивиране или, при наличие на основание за регрес, в Дирекция „Правна“ за предявяване на регрес; след събиране на регресните задължения към дружеството или приключване на съдебните дела преписките се предават на Дирекция

„Информационно обслужване“, където се извършва тяхното архивиране. Предаването на преписките между отделните дирекции се документира с приемо-предавателен протокол, подписан от служители на съответните дирекции.

Чл. 21. Срокът за изплащане или отказ на застрахователно обезщетение е 15 дни от представянето на всички необходими документи, като в случай на отказ застрахователят изпраща мотивирано становище за това до застрахованото лице.

Чл. 22. (1) При отказ от заплащане на застрахователно обезщетение, съгласно **чл. 108** от Кодекса за застраховането в срок 15 дни от представянето на всички доказателства по **чл. 106**, застрахователят мотивира писмено своя отказ.

(2) Застрахователят мотивира писмено и произнасянето си по претенция за изплащане на застрахователно обезщетение, когато уваженият размер е различен от претендирания от потребител на застрахователна услуга.

Чл. 23. Дължимото застрахователно обезщетение се изплаща на застрахованото лице, респективно на правоимащите лица.

Чл. 24. В случай на подадени жалби до „ЗАД ДаллБогг: Живот и Здраве“ АД от страна на потребителите на застрахователни услуги, застрахователят ги разглежда по реда на Глава 8 от тези Вътрешни правила.

Чл. 25. (1) Тези Вътрешни правила за дейността по уреждане на претенции по застрахователни договори на „ЗАД ДаллБогг: Живот и Здраве“ АД са изготвени на основание чл. 104 от Кодекса за застраховането.

(2) Всички изменения и допълнения на тези Вътрешни правила се извършват по реда за тяхното приемане, съгласуване и публикуване.

Раздел II. ОСОБЕНА ЧАСТ

ГЛАВА ВТОРА

УРЕЖДАНЕ НА ПРЕТЕНЦИИ ПО ЗАСТРАХОВКИ „ЗЛОПОЛУКА“ И „ЗАБОЛЯВАНЕ“

Процедура за приемане на претенции

Чл. 26. (1) В срок от 3 (три) дни от настъпването на застрахователно събитие при застраховка „Злополука“ и в срок не по-късно от 15 дни от датата на настъпване събитието при застраховка „Заболяване“ застрахованият е длъжен писмено (лично, по поща, факс или електронна поща) да уведоми застрахователя за съответното застрахователно събитие, както и за мястото, където то е настъпило. Уведомлението се завежда с входящ номер в „ЗАД ДаллБогг: Живот и Здраве“ АД.

(2) Претенциите по застраховки „Злополука“ и „Заболяване“ се завеждат в Дирекция „Ликвидация“ на „ЗАД ДаллБогг: Живот и Здраве“ АД.

(3) Служител на „ЗАД ДаллБогг: Живот и Здраве“ АД предоставя на застрахованото лице искане за завеждане на претенция по образец съгласно Приложение № 1 от тези Вътрешни правила.

(4) Застрахованото лице (или негов представител) саморъчно попълва искането за завеждане на претенция и го предоставя на служител на „ЗАД ДаллБогг: Живот и Здраве“ АД заедно с всички останали документи, свързани с настъпилото застрахователно събитие и претендираното застрахователно обезщетение.

(5) Определен от „ЗАД ДаллБогг: Живот и Здраве“ АД служител завежда претенцията в информационната система на застрахователя и отбелязва номера на щетата върху ликвидационната преписка.

Процедура за събиране на доказателства

Чл. 27. (1) Застрахованият (или негов законен представител или упълномощено лице) представя в „ЗАД ДаллБогг: Живот и Здраве“ АД следните документи:

1. При застраховка „Злополука“, вследствие на която е настъпило телесно увреждане:
 - 1.1. копие на застрахователна полица, както и всички добавъци към нея;
 - 1.2. искане за завеждане на претенция по образец;
 - 1.3. лично обяснение в свободен текст относно настъпването на застрахователното;
 - 1.4. съдебно решение за определяне на вина (при ПТП).
 2. Допълнителните документи, които се представят пред застрахователя в случай на трудова злополука, вследствие на която е настъпило телесно увреждане, са:
 - 2.1. трудов договор;
 - 2.2. декларация на работодателя за настъпила трудова злополука;
 - 2.3. разпореждане на съответното териториално поделение на Националния осигурителен институт за приемане на злополуката за трудова.
 3. Допълнителните документи, които се представят пред застрахователя в случай на злополука, вследствие на която е настъпила смърт на пострадалото лице, са:
 - 3.1. смъртен акт;
 - 3.2. удостоверение за наследници.
- (2)** Изискуеми документи при застраховка „Заболяване“ са:
1. застрахователната полица, както и всички добавъци към нея (с изключение на случаите при полица, сключена от работодател);
 2. искане за завеждане на претенция (по образец);
 3. лично обяснение (свободен текст);
 4. болничен лист за временна нетрудоспособност – в приложимите случаи;
 5. медицински сертификат (валиден за деца, безработни и пенсионери в случаите, когато е невъзможно издаването на болничен лист) – в приложимите случаи;

6. медицински и финансови разходнооправдателни документи, както следва:

6.1. медицински разходи:

- 6.1.1. за прегледи и изследвания – застрахователят възстановява разходи за посочените дейности след представяне на следните документи: амбулаторен лист, медицинско направление/искане за или друг медицински документ, удостоверяващ преглед, диагноза /статус/ анамнеза, необходими изследвания или терапия за лечение, в случаите, когато е приложимо; копие резултати от изследвания (в случаите, когато е приложимо) с подпис и печат или копие от разчитане на медицинското изследване; снимки от УЗИ; заверено копие на фактура (издадена в съответствие с изискванията на ЗДДС); заверено копие на касов бон – фискален или друг платежен документ, удостоверяващ плащане по безкасов път. В случай че резултатите от извършените изследвания се представят като разпечатка от интернет страницата на лечебното заведение, същите не е необходимо да бъдат заверени с подпис и печат. Необходимите медицински изследвания следва да са назначени от лекар по медицински показания. Медицинските и финансови разходнооправдателни документи е необходимо да бъдат издадени от доставчика на здравната услуга. В случай че фактурата е издадена от лице, различно от доставчика на медицинската услуга, издадените медицински документи следва да бъдат заверени с печат на издателя на фактурата;
- 6.1.2. за медицински манипулации, амбулаторни хирургични операции – амбулаторен лист, медицинско направление/ искане за или друг медицински документ удостоверяващ преглед: диагноза /статус/ анамнеза, назначение за необходимата манипулация и удостоверяващ извършване на манипулацията/амбулаторната операция; заверено копие на фактура (издадена в съответствие с изискванията на ЗДДС); заверено копие на касов бон – фискален или друг платежен документ, удостоверяващ плащане по безкасов път;
- 6.1.3. за консумативи за манипулации в извънболнична – амбулаторен лист, медицинско направление/искане за или друг медицински документ, удостоверяващ преглед, съдържащ диагноза /статус/ анамнеза, необходими изследвания или терапия за лечение, с подпис на лекар и пациент и печат на лекаря и лечебното заведение, попълнени всички реквизити на амбулаторния лист; рецепта с точно изписани медицински консумативи или контрастно вещество, упойка, отговарящи на посочените в медицинския документ – в случай че лечебното заведение е издало такава; други приложими документи, в случай че част от стойността на закупените изделия се заплаща от държавна или друга институция; заверено копие на фактура (издадена в съответствие с изискванията на ЗДДС); заверено копие на касов бон – фискален или друг платежен документ, удостоверяващ плащане по безкасов път;
- 6.1.4. за наблюдение на бременна и родилка в АГ кабинет - амбулаторен лист, медицинско направление / искане за или друг медицински документ, удостоверяващ преглед, диагноза /статус/ анамнеза, необходими изследвания или терапия за лечение, в случаите, когато е приложимо; копие резултати от изследвания (в случаите, когато е приложимо) с подпис и печат или копие от разчитане на медицинското изследване; снимки от УЗИ; заверено копие на фактура (издадена в съответствие с изискванията на ЗДДС); заверено копие на касов бон – фискален или друг платежен документ, удостоверяващ плащане по безкасов път;

В случай че застрахованото лице закупи пакет „Женска консултация“ в лечебно заведение, предлагащо тази услуга, „Зад ДаллБогг: Живот и Здраве“ АД възстановява сумата по пакетната цена на здравното заведение на две вноски (за двете половини на бременността – втората вноска се възстановява след 20 г.с.). Необходими документи за възстановяване – първа вноска: искане за възстановяване на разходи по образец на застрахователя, копие от картон на женската консултация - заглавна и текуща страница, пакет с включените услуги, разбит по услуги какво включва; заверено копие на фактура (издадена в съответствие с изискванията на ЗДДС); заверено копие на касов бон – фискален или друг платежен документ, удостоверяващ плащане по безкасов път. За възстановяване на разходите за втора вноска застрахованите лица представят – искане за възстановяване на разходи по образец на застрахователя, копие на целия картон с посещенията; заверено копие на фактура (издадена в съответствие с изискванията на ЗДДС); заверено копие на касов бон – фискален или друг платежен документ, удостоверяващ плащане по безкасов път.

6.1.5. за физиотерапия и рехабилитация – амбулаторен лист или друг медицински документ удостоверяващ диагноза/статус/анамнеза, с назначение за необходима физиотерапия; копие от карта с извършените физиотерапевтични процедури по дати, съдържащ подпис и печат; заверено копие на фактура (издадена в съответствие с изискванията на ЗДДС); заверено копие на касов бон – фискален или друг платежен документ, удостоверяващ плащане по безкасов път. Физиотерапевтичното и рехабилитационно лечение следва да бъде назначено от лекар специалист. Застрахованите лица могат да провеждат необходимото им физиотерапевтично и рехабилитационно лечение само в регистрирани лечебни заведения за извънболнична медицинска помощ.

6.2. болнично лечение вследствие на заболяване:

6.2.1. избор на лекар/ екип – декларация за избор на лекар/екип (по образец на застрахователя – Приложение №7 към настоящите вътрешни правила) с посочени имена на избрания лекар/екип, входяща и приета от застрахователя преди конкретната интервенция/раждане, удостоверено с поставен входящ номер на застрахователя; епикриза с подпис и печат и първа страница от История на заболяването, в която е посочено името на лекаря, извършил интервенцията/ водил раждането, което трябва да съвпада с това от декларацията; копие от подаденото в лечебното заведение Заявление за избор на екип от медицински специалисти (съгласно образеца в Наредбата за осъществяване правото на достъп до медицинската помощ), съдържащо решението на лечебното заведение; заверено с подпис и печат от лечебното заведение; заверено копие на фактура (издадена в съответствие с изискванията на ЗДДС); заверено копие на касов бон – фискален или друг платежен документ, удостоверяващ плащане по безкасов път. Предварително подадената при застрахователя декларацията следва да бъде заведена при застрахователя с входящ

№ – същата се съгласува с подпис и печат от отговорно длъжностно лице. Застрахователят възстановява разходи за избор на лекар/ екип в случай, че направеният избор съвпада с извършилия медицинската услуга лекар/ екип, видно от представената медицинска документация. Застрахователят възстановява разходи за услугата избор на лекар/екип до нормативно определен лимит;

6.2.2. настаняване на болен в стая с подобрени битови условия с едно или две легла - епикриза с подпис и печат, заверено копие на фактура, разбита по единични цени (издадена в съответствие с изискванията на ЗДДС); заверено копие на касов бон - фискален или друг платежен документ, удостоверяващ плащане по безкасов път;

6.2.3. медицински манипулации, клинични инструментални изследвания – епикриза с подпис и печат или друг медицински документ с назначение на необходимата манипулация/ изследване (амбулаторен лист, медицинско направление/ искане за или друг медицински документ удостоверяващ преглед: диагноза /статус/анамнеза, назначение за необходимата манипулация/ изследване); медицински документ удостоверяващ извършването на медицинската услуга (резултати от извършените изследвания в случаите, когато е приложимо); заверено копие на фактура, разбита по единични цени (издадена в съответствие с изискванията на ЗДДС); заверено копие на касов бон - фискален или друг платежен документ, удостоверяващ плащане по безкасов път;

6.2.4. медицински консумативи, импланти в болнична помощ – застрахователят възстановява разходите за медицински консумативи, импланти, необходими за лечението на застрахованите лица, които не се заплащат от НЗОК или от републиканския бюджет или се заплащат частично. В случай че стойността на медицинските консумативи или импланти подлежи на частично възстановяване от НЗОК или републиканския бюджет, застрахователят доплаща само разликата, платена от застрахованото лице.

Съгласно условията на чл. 82б от Закона за здравето, застрахователят възстановява разходи за медицински консумативи или импланти закупени само от лечебните заведения за болнична помощ, чрез болничните им аптеки или от аптеки, открити по реда на Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина.

Застрахователят възстановява разходите за медицински консумативи, импланти след представяне на следните документи: Декларация за информиране на „ЗАД ДаллБогг: Живот и Здраве“ АД за предстояща хирургична интервенция, с използване на медицински консумативи, импланти, които не се заплащат от НЗОК или от републиканския бюджет или се заплащат частично (по образец на застрахователя – Приложение №8 към настоящите вътрешни правила), входирана и приета от застрахователя преди конкретната интервенция, удостоверено с поставен входящ номер на застрахователя; искане за възстановяване на разходи по образец, епикриза с подпис и печат, описани медицински консумативи, импланти, които са използвани; оригинални стикери на първичната опаковка; заверено копие на фактура, разбита по единични цени (издадена в съответствие с изискванията на ЗДДС); заверено копие на касов бон – фискален или друг платежен документ, удостоверяващ плащане по безкасов път; бланка МЗ-НЗОК №7 (в приложимите случаи);

Само в случай че пациентът е хоспитализиран по спешност и това е видно от медицинската документация за проведеното лечение, декларацията за предварително уведомяване на застрахователя не се изисква. В този случай, с цел застрахованото лице да удостовери, че е хоспитализирано по спешност, е необходимо да представи копие на документ – бланка МЗ-НЗОК №7 като част от разходнооправдателните документи.

6.2.5. За мероприятия за долекуване и възстановяване след болнично лечение – Застрахователят възстановява разходи за физиотерапевтични и рехабилитационни процедури в болнични лечебни заведения, в случай че санаториалното лечение е назначено от лекар специалист и е във връзка и след проведено болнично лечение. В случай, че санаториалното лечение се провежда по програма на НОИ, може да бъде назначено от общопрактикуващ лекар. При провеждане на санаториално лечение застрахованите лица следва да представят: направление от лекар специалист, съдържащо диагноза/статус/анамнеза, с назначение за необходимо санаториално лечение; История на заболяването - пълна медицинска документация; карта с отразени направени процедури; заверено копие на фактура, разбита по единични цени (издадена в съответствие с изискванията на ЗДДС), заверено копие на касов бон - фискален или друг платежен документ, удостоверяващ плащане по безкасов път;

6.3. За сестринско наблюдение и рутинни сестрински грижи – епикриза или друг медицински документ, удостоверяващ диагноза /статус/ анамнеза, обосноваващи необходимостта от сестринско наблюдение и рутинни сестрински грижи на болни пациенти; медицински документ, удостоверяващ ползването на медицинската услуга; заверено копие на фактура, разбита по единични цени (издадена в съответствие с изискванията на ЗДДС); заверено копие на касов бон - фискален или друг платежен документ, удостоверяващ плащане по безкасов път;

6.4. За хирургично лечение – епикриза с подпис и печат; заверено копие на фактура, разбита по единични цени (издадена в съответствие с изискванията на ЗДДС); заверено копие на касов бон – фискален или друг платежен документ, удостоверяващ плащане по безкасов път.

6.5. За допълнителни здравни услуги (транспорт на болен /извън условията на спешност/ от дома до лечебното заведение; преглед, наблюдение и извършване на манипулации в дома на болен; медицинско освидетелстване; потребителска такса в болнична помощ) - епикриза или друг медицински документ, удостоверяващ ползването на услугата и съдържащ диагноза /статус/ анамнеза, обосноваващи необходимостта от осъществяването на съответната дейност; заверено копие на фактура, разбита по единични цени (издадена в съответствие с изискванията на ЗДДС); заверено копие на касов бон - фискален или друг платежен документ, удостоверяващ плащане по безкасов път;

6.6. за медикаменти; витамини, когато са средство за лечение; ваксина; хомеопатични лекарства, когато са средство за лечение - амбулаторен лист или друг медицински документ удостоверяващ прегледа при специалист и съдържащ назначената от него терапия; рецепта с изписана терапия, отговаряща на посочената в медицинския документ, без

поправки, съдържаща всички нормативно изискуеми реквизити; заверено копие на фактура, разбита по единични цени (издадена в съответствие с изискванията на ЗДДС); заверено копие на касов бон - фискален или друг платежен документ, удостоверяващ плащане по безкасов път.

Съгласно изискванията на чл.32, ал.2 от Наредба № 4 от 4.03.2009 г. за условията и реда за предписване и отпускане на лекарствени продукти на гърба на рецептурната бланка следва да бъде поставян печат от магистър-фармацевта в аптеката, който изпълнява рецептата. Печатът трябва да съдържа информация, относно датата на приемане и изпълнение на рецептата, подпис на изпълнилия предписанието и подпис на отпусналия лекарствените продукти.

За медикаменти, които се реимбурсират от НЗОК, застрахователят възстановява доплащането на пациента след представяне на следните документи: копие на рецептурна книжка - първа и последна страница /за хроничите/ или рецепта по НЗОК, заверено копие на фактура, разбита по единични цени (издадена в съответствие с изискванията на ЗДДС); заверено копие на касов бон - фискален или друг платежен документ, удостоверяващ плащане по безкасов път.

За медикаментите, които се реимбурсират по НЗОК да бъде изпълнено условието на чл. 47 от Наредба № 4 от 4 март 2009 г. за условията и реда за предписване и отпускане на лекарствени продукти, а именно: отпускането на лекарствени продукти, предписани на рецептурна бланка (образец МЗ – НЗОК № 5А по приложение № 7), се извършва на 30 дни, като датата на изпълнение на всеки отрязък се посочва върху него и върху следващия отрязък.

6.7. за превързочни материали; помощни средства; апарати за подобряване на слуха – амбулаторен лист, медицинско направление/искане за или друг медицински документ, удостоверяващ преглед, съдържащ диагноза /статус/ анамнеза, необходими изследвания или терапия за лечение, с попълнени всички реквизити на амбулаторния лист; рецепта без поправки, съдържаща всички нормативно изискуеми реквизити с изписана терапия, отговаряща на посочената в медицинския документ; други приложими документи, в случай, че част от стойността на закупените изделия се заплаща от държавна или друга институция; заверено копие на фактура, разбита по единични цени (издадена в съответствие с изискванията на ЗДДС); заверено копие на касов бон – фискален или друг платежен документ, удостоверяващ плащане по безкасов път.

6.8. за диоптрични стъкла и контактни лещи - амбулаторен лист, медицинско направление / искане за или друг медицински документ, удостоверяващ преглед, съдържащ диагноза /статус/ анамнеза, необходими изследвания или терапия за лечение, с подпис на лекар и пациент и печат на лекаря и лечебното заведение, попълнени всички реквизити на амбулаторния лист; рецепта без поправки, съдържаща всички нормативно изискуеми реквизити с изписана диоптрична корекция (диоптри), отговаряща на посочената в медицинския документ; първични опаковки на стъклата/ лещите, заверено копие на фактура, разбита по единични цени (издадена в съответствие с изискванията на ЗДДС); заверено копие на касов бон – фискален или друг платежен документ, удостоверяващ плащане по безкасов път. Застрахователят има право да проверява цената на диоптричните стъкла в съответните оптики, от които са закупени. Възстановяват се разходи за диоптрични стъкла за очила и лещи до лимита, без да се ограничава застрахованото лице колко броя стъкла /лещи ще си купи, в случай че са назначени по медицински показания.

6.9. за стоматологично лечение – амбулаторен лист, медицинско направление/искане за или друг медицински документ, удостоверяващ преглед: съдържащ диагноза/статус, изброени необходими изследвания или терапия, в случаите когато е приложимо с подпис (лекар и пациент) и печат (на лекаря и лечебното заведение); попълнени всички реквизити на медицинския документ от прегледа, с назначение за необходимата манипулация / изследване; резултати от изследвания (в случаите, когато е приложимо) – копие от изследването; заверено копие на фактура, разбита по единични цени (издадена в съответствие с изискванията на ЗДДС); заверено копие на касов бон – фискален или друг платежен документ, удостоверяващ плащане по безкасов път.

7. Представяните медицински и финансови разходнооправдателни документи е необходимо да бъдат издадени от доставчика на здравната услуга. В случай че фактурата е издадена от лице, различно от доставчика на медицинската услуга, издадените медицински документи следва да бъдат заверени с печат на издателя на фактурата.

8. Всички разходнооправдателни документи се представят като заверени копия.

9. Допълнителни документи, изискуеми при застрахователно събитие, настъпило в чужбина, когато е приложимо:

9.1. В случай на телесно увреждане или заболяване:

- 9.1.1. застрахователна полица;
- 9.1.2. искане за завеждане на претенция (по образец);
- 9.1.3. епикриза от лечебното заведение (медицински доклад);
- 9.1.4. всички медицински изследвания;
- 9.1.5. сметка за проведено лечение (платежен документ);
- 9.1.6. констативен протокол, издаден от КАТ /при ПТП/;

9.2. Допълнителни документи, изискуеми при злополука, вследствие на която е настъпила смърт на пострадалото лице:

- 9.2.1. смъртен акт;
- 9.2.2. удостоверение за наследници.

(3) Всички документи по дадена претенция, съставени на чужд език, трябва да бъдат преведени от заклет преводач на български език.

(4) Копията на горепосочените документи трябва да бъдат заверени чрез поставяне на надпис „Вярно с оригинала“ и подпис на заявителя, а в случаите, в които последният е юридическо лице – и чрез поставяне на печат.

(5) При представяне на фактури за направени медицински разходи по лекарско назначение, задължително се прилагат и съответните рецепти и/или лекарски предписания.

(6) В случай на непълно комплектоване на преписка, липсващите или незаверени от застрахованото лице документи ще бъдат изисквани чрез уведомяване на застрахования по подходящ начин, избран от него, чрез подписване на Декларация (по образец Приложение № 9) при сключване на договора, с която застрахованото лице декларира желан от него начин за уведомяване. Застрахованото лице може да избере всички уведомления да му бъдат изпращани по електронна поща, да бъде уведомяван чрез електронното си досие, достъпно на интернет сайта на застрахователя чрез предоставени индивидуално потребителско име и парола или да му бъдат изпратени по пощата чрез писмо с обратна разписка. В случай че уведомяването се извършва, чрез електронното досие на застрахованото лице или електронната му поща, лицето се счита за уведомено от датата на публикуване на информацията в електронното му досие или от датата на изпращане на електронното съобщение. В случай че уведомленията се изпращат по пощата чрез писмо с обратна разписка в обратната разписка изрично трябва да се посочи, че писмото съдържа уведомление по член 106 или съответно по член 108 от Кодекса за застраховането.

(7) Ако необходимостта от конкретно доказателство не е можела да бъде предвидена при завеждане на претенцията, застрахователят може да го изиска допълнително в срок до 45 дни от датата на представяне на документите, изискани при регистриране на щетата.

(8) Застрахованият следва да представи всички изисквани от застрахователя документи по ал. 6 и ал. 7 в срок до 30 дни от датата на уведомяването му.

(9) Всички уведомления по време на действие на застрахователния договор се връчват за застрахованите лица по избран от тях начин, съгласно Декларацията по ал.6.

(10) Процедура за извършване на оценка на причинените вреди и определяне на размера на обезщетението

(3) Застрахователят определя размера на застрахователното обезщетение по застраховка „Злополука“, както следва:

1. При смърт, настъпила в резултат на злополука, на ползващите се лица се изплаща застрахователната сума, посочена в полицата.
2. При трайна загуба на трудоспособност в резултат на злополука, на застрахования се изплаща такъв процент от застрахователната сума, посочена в полицата, какъвто е процентът на загубена трудоспособност, установен от съответния компетентен орган на медицинската експертиза на работоспособността. При временна загуба на трудоспособност от злополука, на застрахования се изплаща обезщетение, което е в процент от застрахователната сума и зависи от времетраенето на неработоспособността.
3. При изплащане на обезщетение по ал. 2, т. 1 и ал. 2, т. 2 се приспада преди това изплатеното, съответно по ал. 2, т. 2 или ал. 2, т. 3. Общата сума на обезщетенията за всички събития през застрахования период, не може да надвишава застрахователната сума по полицата.

(4) Застрахователят определя размера на застрахователното обезщетение по застраховка „Заболяване“, както следва:

1. При медицински прегледи, изследвания и манипулации вследствие на заболяване, на застрахования се изплаща размера на направените разходи, но не повече от определената застрахователната сума.
2. При употреба на медикаменти и помощни средства вследствие на заболяване, на застрахования се изплаща размера на направените от него разходи.
3. При болнично лечение, на застрахования се изплаща размера на направените от него разходи, невключени в обхвата на задължителното здравно осигуряване.
4. При хирургично лечение, на застрахования се изплаща размера на направените от него разходи, невключени в обхвата на задължителното здравно осигуряване.
5. При ползване на допълнителни здравни услуги, свързани с битови и други допълнителни условия на ползване на медицинска помощ, на застрахования се изплаща размера на направените разходи в рамките на застрахователната сума.
6. При стоматологично лечение, на застрахования се изплаща размера на направените от него разходи в рамките на застрахователната сума.
7. Размерът на направените от застрахования разходи се установява от представените финансови и медицински документи.

Процедура за извършване на разплащане

(1) Комплектованата ликвидационна преписка се предоставя от служители на Дирекция „Ликвидация“ на доверения лекар-съветник, който попълва „Становище“ в информационната система на „ЗАД ДаллБогг: Живот и Здраве“ АД по партидата на застрахованото лице, в което дава мнение за изплащане или отказ на застрахователно обезщетение или сума, определя размера на застрахователното обезщетение. В случай на отхвърляне на претенцията и постановен отказ за изплащане на обезщетение се произнася с мотивирано решение.

(2) Служители на Дирекция „Ликвидация“ изготвят ликвидационен акт, в който се уважава претенцията и се определя размерът на застрахователното обезщетение или се отхвърля претенцията и се отказва изплащане на обезщетение.

(3) Обезщетения в размер, превишаващ 1000 лева, се одобряват от ръководен служител от Дирекция „Ликвидация“, представител на Дирекция „Правна“ и изпълнителния директор.

(4) Ликвидационната преписка се предава на Дирекция „Финансово – счетоводна“, която извършва плащане на застрахователното обезщетение или сума по банков път.

(5) Застрахователното обезщетение се изплаща в срок от 15 дни след представянето от страна на застрахования (или негов надлежно упълномощен представител) на всички поискани от застрахователя документи, доказващи основанието и размера на претенцията, а в случай на отказ застрахователят изпраща мотивирано становище за това до застрахованото лице съгласно избрания от него начин за уведомяване.

- (6) Дължимото застрахователно обезщетение или сума се изплаща на застрахованото лице, а в случаите на смърт – на законните му наследници.
- (7) Когато застрахованото лице, съответно неговите наследници са под 16 (шестнадесет) години или са запрети, застрахователното обезщетение се внася на тяхно име в търговска банка, за което застрахователят ги уведомява писмено.
- (8) Ако не е съгласен с отказа на щетата или с размера на обезщетението, потребителят на застрахователната услуга има право да предяви жалба до „ЗАД ДаллБогг: Живот и Здраве“ АД, която се разглежда по реда на Глава 8 на тези правила.

ГЛАВА ТРЕТА УРЕЖДАНЕ НА ПРЕТЕНЦИИ ПО ЗАСТРАХОВКА „СУХОПЪТНИ ПРЕВОЗНИ СРЕДСТВА“ (БЕЗ РЕЛСОВИ ПРЕВОЗНИ СРЕДСТВА)

Процедура за приемане на претенции

Чл. 30. (1) При настъпване на застрахователно събитие застрахованият е длъжен да уведоми застрахователя писмено в 3 (три) дневен срок от узнаването, както и компетентните държавни органи (полиция и др.), както и да вземе мерки за спасяване, ограничаване и намаляване щетите на застрахованото МПС, освен в случаите на кражба или грабеж на МПС.

(2) При настъпване на застрахователно събитие „Кражба на цялото МПС“ или „Грабеж на цялото МПС“ застрахованият уведомява писмено застрахователя в срок до 24 часа от узнаването.

(3) При настъпване на застрахователно събитие „Кражба на цялото МПС“ или „Грабеж на МПС“ застрахованият е длъжен да уведоми писмено за кражбата или грабежа компетентните органи (съответното териториално поделение на МВР).

(4) При настъпване на застрахователното събитие застрахованият е длъжен да допусне застрахователя за извършване на оглед на увреденото МПС, да представи поисканите от застрахователя документи, пряко свързани с установяването на събитието и на размера на вредите, както и да следва указанията на застрахователя.

(5) При предявяване на претенция за изплащане на застрахователно обезщетение застрахованият (негов представител или пълномощник) подава „Уведомление за щета“ по образец на застрахователя съгласно Приложение № 2, неразделна част от тези Вътрешни правила

Процедура за събиране на доказателства

Чл. 31. (1) При застрахователно събитие, различно от „Кражба на цялото МПС“ и „Грабеж на цялото МПС“ към искането застрахованият представя заверени копия на следните документи:

1. застрахователна полица със съответните добавъци и документи за платена застрахователна премия;
2. оригинал на свидетелство за регистрация на МПС (Част I и Част II), документ за собственост върху МПС – договор за покупка, митническа декларация, фактура (за новозакупени МПС);
3. свидетелство за правоуправление и контролен талон на водача, управлявал МПС при настъпването на застрахователното събитие;
4. валиден талон за преминал годишен технически преглед;
5. лична карта на застрахования с цел удостоверяване на самоличността;
6. документи, които доказват застрахователното събитие – протокол за ПТП; двустранен констативен протокол за ПТП; талон за кръвна проба (ако има употреба на алкохол); служебна бележка от полицията при злоумишлени действия; служебна бележка от противопожарната и противоаварийната служба при пожар или авария; служебна бележка от хидрометеорологичната служба по място при природно бедствие; съгласие на лизингодателя (респ. заложен кредитор), когато дължимото застрахователно обезщетение се изплаща на лизингополучателя (заложен длъжник) и други доказателства, сведения и документи, които се изискват от застрахователя в зависимост от вида и характера на настъпилото събитие.

(2) При предявяване на претенция за обезщетение при „Кражба на цялото МПС“ или „Грабеж на цялото МПС“ застрахованият подава „Уведомление за щета“ по образец съгласно Приложение № 2 към тези Вътрешни правила и представя заверени копия на следните документи:

1. застрахователна полица със съответните добавъци и документи за платена застрахователна премия;
2. оригинал на свидетелство за регистрация на МПС (Част I и Част II);
3. констативни документи от компетентните държавни органи, удостоверяващи застрахователното събитие – кражба или грабеж;
4. постановление за прекратяване или спиране на наказателно производство, или постановление за образуване на наказателно производство срещу неизвестен извършител;
5. документ за произхода на МПС (договор за покупко-продажба, митническа декларация и др. подобни);
6. документи (договор, протокол и фактура) в случаите на поставяне на електронно позициониращо устройство на МПС от страна на застрахования;
7. всички комплекти оригинални ключове за запалване на двигателя и всички комплекти устройства за дистанционно управление на МПС, освен в случаите, когато те са били отнети при грабеж на МПС или ако оригиналните ключове и устройства за дистанционно управление не са били във владение на застрахования още при сключването на застрахователния договор. Обстоятелството, че при сключването на застрахователния договор оригиналните ключове и устройства за дистанционно управление, или само някой от тях, не се държат от застрахования, се отбелязва в предложението за сключване на застрахователен договор. След предаването им ключовете и устройствата за

дистанционно управление се запечатват в плик, подписан от представител на застрахователя и от застрахования и подпечатан от застрахователя.

Чл. 32. В случай, че застрахованият не е представил някои от необходимите за завеждане на преписката документи, му се връчва списък с необходимите такива за доокомплектоването ѝ.

Чл. 33. (1) Застрахователят има право при необходимост да поиска и документи, извън посочените за доказване на застрахователното събитие, собствеността, правото и начина на получаване на застрахователно обезщетение, при условията и по реда на чл. 106 от Кодекса за застраховането, при съобразяване на ал. 5 на посочената правна норма. Процедура за извършване на оценка на причинените вреди

Чл. 34. (1) Огледът на застрахованото МПС се извършва от комисия в състав: експерт на „ЗАД ДаллБогг: Живот и Здраве“ АД, експерт – огледи (вещо лице) и застрахования (лично или чрез негов представител или пълномощник). Оглед, извършен в отсъствие на застрахования или негов представител, е недействителен.

(2) Комисията извършва огледа в определен от нея ден и час.

(3) Огледът на автомобили с леки и средни частични щети (когато МПС е в движение) се извършва в „ЗАД ДаллБогг: Живот и Здраве“ АД на определено за това място, а огледът на автомобили с тежки щети (когато МПС не е в движение) се извършва в технически център, определен от „ЗАД ДаллБогг: Живот и Здраве“ АД.

(4) Въз основа на констатациите от огледа експертът по огледите определя степените на увреждане на детайлите и тези, които се предлагат за смяна и ги отразява в „Опис – протокол на щета“, който се съставя в два екземпляра – по един за застрахователя и за застрахования и се подписва от всички присъстващи на огледа лица.

(5) Описът – протокол на щетата съдържа: номер на щетата, дата, на която се извършва огледът, имена на присъстващите и техните лични данни, данни за МПС, дата и час на събитието, дата и час на уведомяването на застрахователя, номер на застрахователната полица, подробно описание на събитието и подробно описание на това, което се констатира по време на огледа. При необходимост се отбелязват детайли и агрегати, които не са предварително включени в опис на щетите, определят се допълнителни часове за извършване на някои специфични операции, както и процентът на износване на гуми, акумулатори, ауспуси, брезенти, гюруци.

(6) Окончателното оформяне на „Описа – протокол на щетите“ приключва след проверка и записване на номера на рамата и полагане на подписи от страна на присъстващите лица. Констатираните щети се документират и със снимков материал, който се прилага към „Описа – протокол на щетата“. Прави се цялостна панорамна снимка на МПС, както и подробни снимки на увредените части. Ако застрахованият не е съгласен с констатациите при огледа, той може да отбележи несъгласието си в „Описа – протокол на щетата“.

(7) В зависимост от степента на увреждане на МПС експертът по огледите записва необходимостта от допълнителен оглед на възли и/или агрегати след разглобяването им. Допълнителният оглед се документира с „Опис – протокол за допълнителен оглед“ и се провежда в допълнително определен час и дата.

(8) В случай че застрахованият не е съгласен с констатацията на вещото лице на застрахователя, той има право в 7-дневен срок от извършването на огледа да привлече друго вещо лице за своя сметка. При непостигане на съгласие между двете страни и по взаимно съгласие се избира трето вещо лице, което може да бъде член на Съюза на независимите автотехнически експерти в България, или да бъде включено в списък на специалистите, утвърдени за вещи лица при съдилищата, като разходите за него се поделят между страните.

Чл. 35. (1) Когато в периода на комплектоване на преписката откраднатото или ограбено МПС бъде намерено, се извършват следните действия:

1. застрахованият представя на застрахователя приемо-предавателен протокол и служебна бележка от полицията за състоянието, в което МПС е предадено;
2. след предаването на МПС и в зависимост от неговото състояние застрахователят и застрахованият прилагат стандартните процедури по регистриране на съответното застрахователно събитие съгласно застрахователния договор, определяне на обезщетението и изплащането му.

(2) При изплащане на застрахователно обезщетение в следствие настъпването на рисковете „Кражба“ или „Грабеж“ на МПС, застрахованият е длъжен да прехвърли на застрахователя за своя сметка собствеността върху застрахованото МПС. В случай, че откраднатото или ограбено МПС бъде намерено след изплащане на застрахователното обезщетение, застрахователят има право да предложи на застрахования да върне полученото обезщетение, като му бъде прехвърлена обратно собствеността върху МПС. В случай, че застрахованият откаже да възстанови полученото обезщетение застрахователят има право да се разпоредва с МПС както намери за добре.

Чл. 36. (1) Пълна (тотална) загуба се обявява, когато МПС е напълно унищожено или увреждането е от такова естество, че ремонтът е икономически нецелесъобразен и разходите за възстановяване надвишават 70 % от действителната му стойност.

(2) Преди изплащане на обезщетение, определено като тотална щета на МПС, регистрирано в Република България, застрахователят изисква от потребителя на застрахователна услуга доказателство за прекратяване на регистрацията на моторното превозно средство.

(3) С изплащане на тотална загуба на МПС от застрахователната сума се удържат дължимите премийни вноски и платени обезщетения по щети, а застрахователният договор се прекратява поради изчерпване на застрахователната сума.

Процедура за определяне размера на застрахователното обезщетение

- (1) Размерът на застрахователното обезщетение се определя от служител от дирекция „Ликвидация“ след проверка на всички представени документи по претенцията, описа -протокол на щетите и в съответствие с общите условия по застраховката и застрахователния договор.
- (2) При частични щети по МПС застрахователя възстановява пълния размер на щетата, като в зависимост от възрастта на автомобила, застрахователната му сума и заплатената премия, застрахованият може да избира един измежду следните начини за обезщетяване:
 1. сервиз на официалния вносител на съответната марка.
 2. сервиз, с който застрахователя има сключен договор (доверен сервиз);
 3. представена фактура от сервиз, с който застрахователят няма сключен договор, като стойностите за нови части, труд и боя се признават до параметрите на договорите, сключени от застрахователя с „доверени сервизи“.
 4. по експертна оценка.
- (3) При тотална щета, определена по експертна оценка и/или представени проформа на фактура от сервиз за стойността на ремонта, обезщетението възлиза на 70 % от действителната стойност на автомобила.
- (4) При „Кражба“ или „Грабеж“ се изплаща действителната стойност на автомобила към момента на настъпване на застрахователното събитие, но не повече от договорената застрахователна сума.

Процедура за извършване на разплащане

- Чл. 37.** (1) Изплащането на обезщетението, когато е определено по експертна оценка, се извършва по банков път от служители на Дирекция „Финансово – счетоводна“ по сметка, посочена от застрахования.
- (2) В случаите, когато застрахованият е избрал начин за обезщетяване чрез отремонтване на автомобила му в сервиз на официалния вносител на съответната марка или в сервиз, с който застрахователя има сключен договор (доверен сервиз), или по представена фактура от сервиз, с който застрахователят няма сключен договор, дължимото обезщетение се превежда на съответния сервиз, след оказване на услугата и представяне на фактура в оригинал.
- Вътрешни правила за дейността по уреждане на претенции по застрахователни договори по чл. 105 от Кодекса за застраховането
- (3) След изплащане на обезщетението преписката се предава в Дирекция „Информационно обслужване“ за архивиране и съхранение.
- (4) При положение, че комисията извършваща огледа е констатирала тотална (пълна) загуба (щета) на увреденото МПС, съгласно изготвения опис и експертна оценка, същото остава в района на техническия център до окончателното решение от страна на застрахователя и застрахования - изплащане на застрахователно обезщетение до 70 % от действителната стойност към дата на събитието или изплащане на 100 % и оставането на МПС в разпореждане на застрахователя.
- Чл. 38.** Транспортирането на МПС, които не са в движение до мястото на огледа или за извършване на допълнителен оглед е за сметка на застрахования.
- Чл. 39.** Когато застраховано МПС е предмет на договор за лизинг и към момента на настъпване на щетата е собственост на лизингодателя, както и в случаите, когато застрахованото МПС е закупено с кредит и към момента на настъпване на щетата служи за обезпечаване на същия, вариантът по който следва да се отстранят констатиранияте щети се избира от лизингополучателя (заложния длъжник), но обезщетението не може да се изплати на последния, без лизингодателят (респективно заложния кредитор) да е дал предварителното си писмено съгласие за това. В случай на тотална щета застрахователното обезщетение може да се изплати на лизингополучателя (заложния длъжник) само след като лизингодателят (респ. заложният кредитор) е дал своето съгласие за това в писмена форма.

ГЛАВА ЧЕТВЪРТА

УРЕЖДАНЕ НА ПРЕТЕНЦИИ ПО ЗАСТРАХОВКИ „ПОЖАР И ПРИРОДНИ БЕДСТВИЯ“ И „ДОМАШНО ИМУЩЕСТВО“

Процедура за приемане на претенции

- Чл. 40.** (1) При настъпване на застрахователното събитие застрахованият е длъжен в 3-дневен срок от узнаването да уведоми застрахователя писмено, а в случай на „Кражба“ или „Грабеж“ - в рамките на 24 часа от узнаването.
- (2) Застрахованият или негов изрично упълномощен представител попълва „Уведомление за щета“ по образец съгласно Приложение № 4, неразделна част от тези Вътрешни правила. Към искането се прилагат заверени копия на застрахователната полица, всички добавъци към нея и документ за платена застрахователна премия.
- (3) Представител на застрахователя проверява документите за пълното и точно вписване на всички необходими данни.
- (4) Представител на застрахователя завежда щетата в информационната система и записва номера на щетата във формуляра, както и в оригинала на застрахователната полица и я връща на клиента.

Процедура за събиране на доказателства

- Чл. 41.** (1) За установяване на застрахователното събитие по всички видове рискове, покрити по застраховки „Пожар и природни бедствия“ и „Домашно имущество“ се изискват да се представят следните документи:
1. уведомление за щета, по образец, съгласно Приложение № 4, неразделна част от тези вътрешни правила;
 2. декларация от застрахованото лице за начина на настъпване на застрахователното събитие и увреденото имущество;
 3. документи, доказващи застрахователното събитие по основание и размер;

4. опис – протокол на щета;
 5. снимков материал;
 6. количествено – стойностна сметка, изготвена от вещо лице;
 7. доклад по щетата.
- (2) Документите по застраховка „Домашно имущество“, доказващи застрахователното събитие по основание и размер биват:
1. оригинал на застрахователна полица;
 2. оригинал на документи, удостоверяващи настъпването на застрахователното събитие;
 3. за риска „Пожар“ – служебна бележка от ППО;
 4. за всички природни бедствия – служебна бележка с точна характеристика на явлението, издадена от ХМС, община, кметство или дирекция „Гражданска защита“, с изключение на случаите, в които е налице правна или фактическа пречка за снабдяване с посочените документи;
 5. за рисковете „Кражба с взлом или с използване на техническо средство“ и „Грабеж“ – служебна бележка от РПУ на МВР, постановление за спиране или прекратяване на наказателно производство от прокуратурата при условията на чл. 243 или чл. 244 от НПК или съставянето на обвинителен акт от прокуратурата;
 6. фактури, гаранционни карти, митнически декларации за доказване на произхода на имуществото;
 7. други документи, поискани от застрахователя, които доказват размера на предявената претенция, както и причините и обстоятелствата, при които е настъпило застрахователното събитие.
- (3) Документите по застраховка „Пожар и природни бедствия“, доказващи застрахователното събитие по основание и размер биват:
1. оригинал на застрахователна полица;
 2. оригинал на документи, удостоверяващи настъпването на застрахователното събитие: за риска „Пожар“ – служебна бележка, експертиза от службата за противопожарна охрана (ППО);
 3. за всички природни бедствия – протокол от районната хидрометеорологична служба, а при липса на такава в съответния регион – бележка от кметството.
 4. за рисковете „Кражба с взлом или с използване на техническо средство“ и „Грабеж“ – служебна бележка от РПУ на МВР, постановление за спиране на наказателно производство от прокуратурата при условията на чл. 243 или чл. 244 от НПК или съставянето на обвинителен акт от прокуратурата;
 5. други документи, поискани от застрахователя – фактури, счетоводни справки, сметки, митнически декларации, гаранционни карти, справки за извършени преоценки, протоколи от ПТП и др., които доказват размера на предявената претенция, както и други документи доказващи причините и обстоятелствата, при които е настъпило застрахователното събитие.
- (4) При щети, настъпили в резултат на събития, извън посочените по-горе, за доказване на настъпването на застрахователното събитие се представя документ, издаден от компетентен държавен орган.
- (5) Във формуляра „Уведомление за щета“ по образец, съгласно Приложение № 4 от тези вътрешни правила, се отбелязват всички документи, които заявителят на претенцията представя при завеждане на щетата.
- (6) „ЗАД ДаллБогг: Живот и Здраве“ АД не изисква доказателства, с които потребителят на застрахователната услуга не може да се снабди поради съществуващи нормативни пречки или поради липсата на правна възможност за осигуряването им, както и 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. Застрахователят не изисква документи, по отношение на които съществува правна или фактическа пречка застрахованият да се снабди.

Процедура за извършване на оценка на причинените вреди

Чл. 42. (1) Оценяването на причинените вреди се извършва след оглед на увреденото имущество.

- (2) Оглед на увреденото имущество се извършва от комисия в състав: експерт на застрахователя, вещо лице и застрахования или негов представител.
- (3) За вещи лица се назначават специалисти, профилирани по видове възстановителни работи – строителна част, ел. оборудване, машини, съоръжения, компютри, офис техника и др.
- (4) За щети до 100 (сто) лв. не се назначават вещи лица, а огледът се извършва от длъжностно лице на застрахователя от отдел Ликвидация .
- (5) Оглед, извършен в отсъствие на застрахования или негов представител, е недействителен.
- (6) Извършилият огледа попълва „Опис – протокол на щета“ в два еднообразни екземпляра, като описва последователно:
 1. адрес на застрахованото имущество;
 2. вид застрахователно събитие;
 3. наличие на покритие по общите и специални условия на „ЗАД ДаллБогг: Живот и Здраве“ АД;
 4. причини за възникване на събитието (ако могат да се определят).
- (7) Представител на застрахователя фотографира увредените вещи.
- (8) Ако по преценка на представител на застрахователя и/или вещо лице има необходимост от допълнителен оглед, в Опис – протокола се записват детайлите, които подлежат на оглед, и датата, на която той ще бъде извършен.
- (9) В протокола застрахованият отбелязва дали има, или няма забележки по извършения оглед и какви са те, след което членовете на комисията полагат подписи.

- (10) В протокола за оглед се прави точно описание на нанесените увреждания на имуществото, както следва:
1. вид и състояние на цялата сграда с посочена квадратура. При увредена покривна конструкция се посочва нейното състояние, вид, и степен на увреждане.;
 2. размери на увреденото помещение, както и на увредените участъци от него;
 3. вид мазилка, боя, състояние на стени, тавани, размери;
 4. подово покритие с размери и вид настилка, степен на увреждане;
 5. квадратура на прозорци, стъкла, вид дограма, размери и др.;
 6. състояние на ел. инсталация – ел. табло, ел. инсталация, вид, степен на увреждане;
 7. вид и състояние на оборудването в помещението – машини, съоръжения и друго оборудване/, както и степента им на увреждане. Ако по време на огледа не може да се прецени степен на увреждане, се уточнява дата за допълнителен оглед, по време на който се извършва тест на техника, ел. уреди и др. При увреждане на стока се изписват количество, опаковка, степен на увреждане и застрахователна стойност по полица.
- (11) При свличане или срутване на земни пластове, увреждане от действието на подпочвени или морски води огледът се извършва от специализирана организация, която изготвя становище и количествено – стойностна сметка за размера на щетата.
- (12) При измръзване огледът се извършва от специализирана организация, която преценява степен на увреждане на стоки или имущество, изготвя становище и количествено - стойностна сметка за размера на щетата.
- (13) При кражба чрез взлом, грабеж, вандализъм, чупене на стъкла, витрини, прозорци, използване на взривни устройства, умишлен палеж се описва:
1. начин на проникване в обекта;
 2. степен на безопасност на обекта;
 3. увредено имущество – вид, състояние;
 4. откраднатото имущество - марка, фабр. номер, брой, година на закупуване;
- (14) При кражба чрез взлом, вандализъм и грабеж комисията извършва инвентаризация на стоката /имуществото/ в застрахования обект (при наличие на такава), за което се съставя и подписва протокол за инвентаризация.
- (15) Оригиналите на фактурите за закупуване на откраднатите вещи се прилагат към преписката.
- (16) При увреждане на стока се изписват количество, опаковка, степен на увреждане и застрахователна стойност по полица.

Процедура за определяне размера на застрахователното обезщетение

Чл. 43. (1) За всяка щета се изготвя количествено-стойностна сметка, като застрахователното обезщетение се определя, както следва:

1. за сгради, производствени, битови и складови помещения - при предвиждане на необходимите разходи за части, материали и труд или по фактури за възстановяване на имуществото във вида, в който е било към датата на застрахователното събитие;
 2. за машини, съоръжения и оборудване – при предвиждане на необходимите разходи за ремонтване и възстановяване на машините и съоръженията в състояние, в което са били преди настъпването на застрахователното събитие. Задължително се взема предвид балансовата стойност и амортизацията на застрахованото имущество към датата на застрахователното събитие.
 3. за компютри, аудио-, видео- и офис техника, битова техника, електроника и друго техническо оборудване – по експертна оценка на застрахователя, съобразена с действителната стойност на имуществото към датата на застрахователното събитие;
 4. за стопански инвентар и обзавеждане – по експертна оценка на застрахователя чрез предвиждане на необходимите разходи за части, материали и труд. Стойността на имуществото към момента на събитието е балансовата му стойност по счетоводна справка;
 5. за материали – по действителна стойност към датата на събитието чрез определяне степен на годност или необходими разходи за възстановяване. Стойността се определя по представени счетоводни документи – балансова стойност, фактури, отчетни документи за период, митнически декларации и др.;
 6. за продукция – чрез определяне себестойността на продукцията по представени счетоводни документи, без начислени печалба, ДДС и др.;
 7. за стоки – на база себестойност по представени счетоводни документи;
 8. за незавършено строителство – определя се на база фактически извършени, калкулирани и доказани разходи или по фактури;
 9. за произведения с висока художествена стойност – на база оценка от лицензиран оценител;
 10. за чужди имущества – до размера на действителната им стойност към датата на събитието;
 11. за имущества от особен вид – до действителната им стойност към датата на събитието;
 12. за необходими разноски – разумно направените разходи за разчистване и транспортиране на отпадъци и отломки в резултат на настъпило застрахователно събитие, покрито по застраховката – до 2% от общата сума на застрахованите имущества.
- (2) Когато за определяне на размера на обезщетението се използват данъчни фактури, размерът на обезщетението се определя на база фактура без включен ДДС.
- (3) При представяне на фактури към преписката се прилагат заверени копия от тях. Ако застрахованият е регистрирано по ДДС лице, се прави заверено копие на фактурата с печат и подпис, а оригиналът се връща на клиента.

- (4) След получаване на количествено – стойностна сметка по щетата се изготвя „Доклад по щета“, в който се посочва:
1. наличие на покритие и от друг застраховател;
 2. размера на подзастраховането/ надзастраховането;
 3. редукцията за предходни щети;
 4. редукцията в зависимост от пазарните условия;
 5. получени суми от причинителя на вредата или трето лице във връзка с нанесените щети;
 6. броя и размера на дължимите вноски;
 7. основанието за плащане или отказ.

Процедура за извършване на разплащане

Чл. 44. Срокът за изплащане на обезщетението е 15 дни от представянето на всички доказателства по чл. 105 от Кодекса за застраховането за основанието и размера на застрахователното обезщетение.

- (2) Ликвидационната преписка се предава на Дирекция „Финансово-счетоводна“. Изплащането на обезщетението се извършва по банков път от служители на Дирекция „Финансово-счетоводна“.
- (3) След изплащане на обезщетението ликвидационната преписка се предава в Дирекция „Информационно обслужване“ за архивиране и съхранение.
- (4) При наличие на основание за регресен иск в ликвидационната преписка задължително се прилагат данни за виновното лице.
- (5) Застрахователят не дължи обезщетение по клаузите на общите и специални изключения на общите и специалните условия.
- (6) След изплащане на обезщетението се прилагат:
 1. процедура за предявяване на регрес, прилагана от „ЗАД ДаллБогг: Живот и Здраве“ АД, съгласно чл. 21, ал. 2 от Глава 1 от тези Вътрешни правила;
 2. процедура за движение и архивиране на ликвидационни преписки, съгласно чл. 21, ал.3 от Глава 1 от тези Вътрешни правила;
 3. процедура за разглеждане и решаване на постъпили жалби, уредена в Глава 8 от тези правила.

ГЛАВА ПЕТА

УРЕЖДАНЕ НА ПРЕТЕНЦИИ ПО ЗАСТРАХОВКА „РАЗНИ ФИНАНСОВИ ЗАГУБИ“

Процедура за приемане на претенции

Чл. 45. (1) В срок от 3 (три) дни от узнаването за настъпването на застрахователното събитие застрахованият е длъжен писмено да уведоми застрахователя за съответното застрахователно събитие. Уведомлението се завежда с входящ номер в „ЗАД ДаллБогг: Живот и Здраве“ АД.

- (2) Служител на Дирекция „Ликвидация“ предоставя на заявителя за попълване формуляр „Уведомление за щета“ по застраховка „Разни финансови загуби“ по образец съгласно Приложение № 5, неразделна част от тези Вътрешни правила.
- (3) Застрахованият или негов упълномощен представител попълва и представя формуляра на служителя, като към него се прилагат документите, съгласно настоящите Вътрешни правила, общите и специалните условия на застрахователя и застрахователния договор.
- (4) Служителят проверява формуляра за пълното и точно вписване на всички необходими данни, както и за наличието на всички документи, посочени в предоставения на застрахования списък, след което завежда щетата в информационната система и записва номера на щетата върху преписката.

Процедура за събиране на доказателства

Чл. 46. (1) При настъпило застрахователно събитие застрахованият или негов упълномощен представител представя в „ЗАД ДаллБогг: Живот и Здраве“ АД следните документи:

1. застрахователната полица;
 2. документ за платена застрахователна премия;
 3. други изискуеми документи съгласно общите и/или специални условия по застраховката.
- (2) Ако възникне необходимост от представяне на допълнителни документи, доказващи настъпването и размера на претенцията, необходимостта от които не е можело да бъде предвидена към датата на завеждане на претенцията, експертът, водещ преписката, изготвя уведомление до застрахования в срок не повече от 45 дни от завеждането на щетата.
- (3) Всички документи се представят като заверени копия. Оригиналите на документите могат да бъдат изисквани с цел извършването на съпоставка, след което се връщат на застрахования.

Процедура за извършване на оценка на причинените вреди

Чл. 47. (1) Оценката на причинените вреди се извършва от служител от дирекция „Ликвидация“ след проверка на всички представени документи по претенцията.

- (2) Причинените вреди обхващат загубите, които са пряк резултат от настъпването на застрахователното събитие.
- (3) При извършването на оценка на причинените вреди е възможно застрахователят да вземе предвид и фактори, действащи независимо от застрахователното събитие.

Процедура за определяне размера на застрахователното обезщетение

Чл. 48. (1) Размерът на застрахователното обезщетение се определя от служител от дирекция „Ликвидация“ след проверка на всички представени документи по претенцията и в съответствие с общите условия по застраховката и застрахователния договор.

(2) Застрахователното обезщетение е равно на размера на действително претърпените от застрахования финансови загуби, но не повече от застрахователната сума.

Процедура за извършване на разплащане

(1) Застрахователното обезщетение се изплаща в срок от 15 дни от представянето на всички изискани документи. В същия срок застрахователят мотивирано отказва плащане на обезщетение, ако има основателни причини за това.

(2) След изплащане на щетата преписката се предава в Дирекция „Правна“ за прилагане на процедура за предявяване на регрес.

(3) След събиране на регресните задължения или приключване на съдебните дела ликвидационните преписки се предават на Дирекция „Информационно обслужване“ за архивиране и съхранение.

ГЛАВА ШЕСТА

УРЕЖДАНЕ НА ПРЕТЕНЦИИ ПО ЗАСТРАХОВКА „ПОМОЩ ПРИ ПЪТУВАНЕ“ (АСИСТАНС)

Чл. 49. При настъпване на застрахователно събитие Застрахованият трябва да уведоми Асистиращата компания до 24 часа, а Застрахователя – до 7 (седем) дни.

Чл. 50. (1) Когато застрахованият директно предявява претенция за обезщетение пред застрахователя, той попълва „Уведомление за настъпило застрахователно събитие“, съгласно Приложение № 6, неразделна част от настоящите Вътрешни правила.

(2) Уведомлението за настъпило застрахователно събитие съдържа данни за:

1. застрахования;
2. дата, вид и място на събитието;
3. описание на обстоятелствата и причините за настъпване на събитието;
4. последици за здравето;
5. дата на оказана първа медицинска помощ;
6. име и адрес на здравното заведение или лекуващия лекар, оказали първа помощ;
7. списък на представените документи;
8. описание на извършените разходи;
9. други данни.
10. дата и подпис.

(3) Към уведомлението се прилагат всички необходими документи, включително:

1. оригинал и копие на застрахователната полица, добавъци и списъци към нея;
2. документи, доказващи настъпването на събитието;
3. документи за размера на щетата и извършените разходи.

(4) При получаване на уведомлението за събитие се проверява дали е спазен срокът и начинът на уведомяване, указани в общите условия. При неспазване на срока за уведомяване застрахованият дава писмено обяснение за причините. При наличието на обективни причини (здравно и медицинско състояние, форсмажор от различно естество) застрахователят преценява доколко несвоевременното уведомяване би попречило на установяването на събитието, на действителния размер на вредата и на извършване на ликвидацията и в съответствие с чл. 403, ал. 3 и чл. 395, ал. 2 от КЗ се взема решение за застрахователното обезщетение.

Чл. 51. (1) При претенции, предявени чрез асистанс компанията, застрахованият уведомява асистанс компанията за настъпило събитие и тя изпраща незабавно писмено уведомление до застрахователя и иска задължително потвърждение на покритието по застрахователната полица съгласно сключения с нея договор. Уведомлението съдържа следните данни:

1. номер на открития файл/досие на щетата;
2. номер на застрахователната полица; данни за застрахования – имена, дата на раждане, адрес и др.;
3. дата и място на събитието;
4. дата на първи контакт с асистанс компанията;
5. предварителна информация за вида на събитието;
6. причина и естество на събитието;
7. очаквани разходи по щетата.

(2) Асистанс компанията потвърждава пред медицинското лице или лечебното заведение покритието по полицата и гарантира плащането на извършените във връзка с проведеното лечение разходи.

Чл. 52. При уведомяване за събитие застрахователят извършва следното:

1. приема уведомлението за събитие заедно с приложените към него документи от застрахования или от асистанс компанията;
2. проверява дали има издадена полица, валидна към датата на събитието;
3. завежда и окомплектова преписка (досие) за щетата, ако има застрахователна полица, валидна към датата на събитието. Преписката съдържа всички документи, получени или издавани в хода на ликвидацията;

4. предоставя на застрахования уведомление за всички изискуеми документи, съдържащо номер на щетата и дата на регистриране в регистъра на щетите;

Чл. 53. След завеждане на преписка за щета компетентният служител извършва следното:

1. потвърждава покритие, дати на валидност, лимит на отговорност и териториално покритие на асистанс компанията в най-кратък срок;
2. проверява документите, доказващи възникването и размера на щетата;
3. при необходимост се изисква допълнителна информация и документи за изясняване на събитието и размера на щетата от застрахования или от асистанс компанията.

Процедура за събиране на доказателства

Чл. 54. (1) При застраховка без асистанс или с асистанс, но при директна претенция на застрахования към застрахователя, се изискват следните документи:

1. искане за получаване на застрахователно обезщетение по застраховка „Помощ при пътуване“ по образец на застрахователя, съгласно Приложение № 6, неразделна част от настоящите вътрешни правила;
 2. застрахователна полица – оригинал и/или копие при групови застраховки и списък на застрахованите лица;
 3. протоколи, удостоверяващи обстоятелствата, при които е настъпило застрахователното събитие, издадени от съответните компетентни органи (полиция, болница, съд и др.);
 4. когато е приложимо, копие от страниците на международния паспорт, където е отразено влизането и излизането в Р. България в срока на застраховката;
 5. при медицински разноси – попълнена, подписана и подпечатана медицинска форма или друг официален медицински документ, съдържащ информация за медицинските прегледи, проведените изследвания, окончателна диагноза и лечение на застрахованото лице;
 6. медицинско удостоверение (подробна епикриза), когато в зависимост от конкретния случай такава се изготвя от съответните медицински органи;
 7. документи за всички проведени изследвания, лечение, рецепти и др.;
 8. заверени копия на платежни документи (фактура за плащане и касов бон или друго доказателство, че е извършено плащането);
 9. при медицинско транспортиране, репатриране или транспортиране на тленни останки се изисква медицинско заключение за заболяването с точна диагноза, официален документ за назначено или разпоредено медицинско транспортиране или репатриране на болен или на тленни останки, а при репатриране на тленни останки - акт за смърт с лекарска констатация за смъртта или съдебно-медицински документ, платежни документи;
 10. при трайна неработоспособност се изисква подробна епикриза, амбулаторен лист за извършен преглед и/или копие от личен амбулаторен картон, медицински документи за проведени изследвания, прегледи, манипулации, рецепти и други, експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК за определяне процента на трайна загуба на работоспособност;
 11. при смърт се изисква акт за смърт или медицинско свидетелство за смърт с лекарска констатация за причината на смъртта, удостоверение за наследници, акт за злополука или констативен протокол на дежурен следовател или друг документ, удостоверяващ злополуката, причинила смъртния изход на застрахования, аутопсионен протокол или съдебномедицинска експертиза, когато в зависимост от конкретния случай такива се изготвят от медицинските органи и други медицински документи;
 12. при загуба или забавяне на багаж фактури за закупени вещи от първа необходимост, декларация или удостоверение с описание на причините за загубата или забавянето на съответния багаж, издадени от авиокомпанията - превозвач, багажна разписка или стикер, удостоверяващ регистрирането на личния багаж на Застрахования от представител на фирмата авиопревозвач, билет за полета, документ от летищен комплекс или авиопревозвач, удостоверяващ, че личният багаж на Застрахования не е намерен; документ от фирмата авиопревозвач за евентуално изплатени суми поради закъснение, загуба, кражба или унищожение на личен багаж /ако има издаден такъв/;
 13. при кражба на багаж – декларацията за кражба, документ от полицейски или други упълномощени власти, удостоверяващ кражба на личния багаж на застрахования, както и документи, доказващи съществуването и стойността на откраднатите предмети;
 14. при предявяване на претенции за забава на полет – удостоверение с описание на причините за забавянето на полета, издадени от авиокомпанията превозвач, както и билет за полета;
 15. други документи, поискани от застрахователя или негов оторизиран представител във връзка със застрахователното събитие.
- (2)** При застраховки с асистанс при претенция от асистанс компанията се изискват следните документи:
1. уведомление на застрахователя;
 2. подробна епикриза (когато в зависимост от конкретния случай такава се изготвя от медицинските органи);
 3. проведени изследвания, лечение и други медицински документи, доказващи телесните повреди във връзка с настъпилото събитие;
 4. официални документи за настъпила злополука;
 5. платежни документи;
 6. фактура и искане за възстановяване на направените разходи.

(3) Всички документи се представят като заверени копия. Оригиналите на документите могат да бъдат изисквани с цел извършване на съпоставка, след което се връщат на застрахования.

(4) След приключването на всеки месец асианс компанията изпраща бордеро с висящите щети и посредническите такси за всички щети, заведени през предходния месец. То съдържа: номер на открития файл в асианс компанията, имена на застрахования, дата на раждане, номер на полица, дата на събитие, диагноза, размер на висящата щета и на посредническата такса.

Процедура за определяне размера на застрахователното обезщетение

Чл. 55. (1) След представянето на всички необходими документи по щетата при директна претенция от застрахования се определя размера на дължимото застрахователно обезщетение в зависимост от покрития риск:

1. при медицински разноси – съгласно реално направените разходи, доказани със съответните документи в рамките на застрахователната сума и в съответствие с общите и специални условия;
2. при медицинско транспортиране по лекарско предписание, репатриране или разходи за транспортиране на тленни останки съгласно общите или специални условия, но не повече от застрахователната сума по основното покритие;
3. при трайна загуба на работоспособност – процент от застрахователната сума равен на процента загубена работоспособност, установен с експертно решение на съответния компетентен орган;
4. при смърт – застрахователната сума;
5. при загуба или забавяне на багаж – стойността на представените фактури за закупени вещи от първа необходимост и други разходи;
6. при забава на полет – застрахователно обезщетение съгласно уговореното в общите или специални условия.

(2) При претенция от асианс компанията, която е проверила и платила всички направени разходи (разходите за ползвани услуги на медицинско заведение, за превоз, репатриране и други в чужбина), застрахователят възстановява направените разходи на база копия на документи, фактура и искане за плащане. Посредническите такси за предоставените услуги на застрахования са съгласно тарифите на сключения договор и се плащат и отразяват отделно от направените разходи.

(3) При всички случаи застрахователното обезщетение не може да надвишава, както общия договорен лимит/ застрахователна сума, така и съответните подлимита от общите и специални условия по застраховката, освен когато това е предвидено в Кодекса за застраховането или е уговорено между страните.

(4) Ако се установи противоречие, непълнота или неяснота в представените документи (медицинска форма, медицинско удостоверение, епикриза, изследвания, рецепти и др.) относно вида на покрития риск или размера на разноските се взема компетентното мнение на медицинския експерт на застрахователя и на база на него се взема решение за плащане на застрахователно обезщетение и за размера му или за отказ, ако е изключен риск.

(5) Когато застрахователното събитие е настъпило преди застрахователната премия да е издължена изцяло от застрахования, от размера на дължимото обезщетение се удържа размера на неиздължената премия.

Чл. 56. Процедурата по ликвидация приключва със съставянето на доклад по щетата, който съдържа следните данни:

Вътрешни правила за дейността по уреждане на претенции по застрахователни договори по чл. 105 от Кодекса за застраховането

1. наименование, номер на щетата и дата на завеждане;
2. застрахован;
3. вид на щетата/ застраховката;
4. застрахователна полица и срок на застраховката;
5. застрахователна сума;
6. вид, дата и място на настъпване на събитието;
7. приложени документи;
8. констатации и основание на застрахования да получи обезщетение или на асианс компанията да бъдат възстановени направените от нея разходи;
9. размер на определеното обезщетение или суми за възстановяване;
10. име, референция и пълни банкови реквизити на асианс компанията при претенция от нея;
11. дата на издаване, име, фамилия и подпис на служителя съставил документа.

Процедура за извършване на разплащане

Чл. 57. Обезщетението се изплаща по банков път на застрахования или на законните наследници в 15-дневен срок след представяне на всички необходими документи, доказващи основанието и размера на претенцията.

Чл. 58. Когато размерът на определеното от застрахователя обезщетение се различава от поисканото от застрахования/ ползващото лице, в 15-дневен срок от представянето на всички документи по щетата той получава мотивиран отговор за разликата.

Чл. 59. При отказ за изплащане на обезщетение, в 15-дневен срок от представяне на всички документи по щетата застрахователят мотивира писмено отказа си.

Чл. 60. При наличие на правно основание за регресен иск в ликвидационната преписка задължително се прилагат данни за виновното лице и преписката се предава на Дирекция „Правна“.

Чл. 61. Приключените щети се предават в Дирекция „Информационно обслужване“ за архивиране и съхранение.

ГЛАВА ОСМА РАЗГЛЕЖДАНЕ НА ЖАЛБИ

Чл. 62. По смисъла на настоящите Вътрешни правила жалба означава изявление на неудовлетворение, отправено до „ЗАД ДаллБогг: Живот и Здраве“ АД от лице, ползващо застрахователна услуга и отнасящо се до застрахователен договор или предоставена на лицето услуга. Разглеждането на жалби е дейност отделна от разглеждането на претенции, както и от обикновените искания за изпълнение на договора, за информация или разяснения. Подаването на жалба не засяга правото на титуляра на полицата да започне съдебно производство.

Чл. 63. По смисъла на настоящите Вътрешни правила жалбоподател означава лице, за което се приема, че отговаря на условията жалбата му да бъде разгледана от застрахователното дружество и вече е внесло жалба.

Чл. 64. „ЗАД ДаллБогг: Живот и Здраве“ АД информира титуляра на полицата относно режима за разглеждане на жалби на титулярите на полица, касаещи договори.

Чл. 65. Управлението на жалбите от „ЗАД ДаллБогг: Живот и Здраве“ АД се извършва при спазването на принципите на:

1. справедливо и равноправно отношение към жалбоподателите;
2. спазване на правилата за защита на личните данни на жалбоподателя;
3. предотвратяване, идентифициране и смекчаване на евентуален конфликт на интереси при управление на жалбите;
4. своевременно и ефективно разглеждане на жалбите;
5. осигуряване на обучение на служителите, участващи в разглеждането на жалбите;
6. проследяване, отчитане и оценка за съответствие на дейността по разглеждането на жалбите с възприетата от дружеството политика за управление на жалбите.

Чл. 66. Цялостната организация и контрол върху дейността по разглеждане на жалби, включително изпълнението и контрола по спазването на политиката за управление на жалбите в „ЗАД ДаллБогг: Живот и Здраве“ АД, се осъществява от изпълнителния директор.

Чл. 67. (1) „ЗАД ДаллБогг: Живот и Здраве“ АД регистрира постъпилите жалби с входящ номер и дата на получаването им в дружеството.

(2) Жалбите се докладват на изпълнителния директор в деня на постъпването им.

Чл. 68. (1) Изпълнителният директор, след запознаване със съдържанието на жалбите, същия ден ги предава с резолюция до съответните служители за изготвяне на писмени становища.

(2) В резолюцията по предходната алинея изпълнителният директор определя срокове за подготовка на становищата на служителите.

(3) В определените срокове служителите докладват подготвените си становища в писмена форма. При по-сложни случаи становищата се съгласуват с Дирекция „Правна“.

Чл. 69. (1) След разглеждане на подготвените становища по жалбите се съставят писмени отговори, които се подписват от изпълнителния директор и се извеждат с изходящ номер.

(2) Застрахователят изпраща писмен отговор на жалбата в срок от 30 дни от постъпването ѝ.

Чл. 70. „ЗАД ДаллБогг: Живот и Здраве“ АД съхранява пълна и точна информация относно предмета на жалбата, данни за подателя, дата на получаване и дата на отговора до жалбоподателя, резултат/изход от процедурата по разглеждане на жалби, вид на застраховката, до която се отнася жалбата.

Чл. 71. По искане на жалбоподателя „ЗАД ДаллБогг: Живот и Здраве“ АД предоставя информация относно разглеждането на подадената жалба. Документацията, свързана с жалбите, се съхранява и архивира при спазване на изискването за сигурност.

Чл. 72. „ЗАД ДаллБогг: Живот и Здраве“ АД анализира и обобщава дейността по разглеждане на жалби, като:

1. събира информация относно причините за подаване на отделните жалби, както и за застрахователните продукти и услуги, до които се отнасят жалбите;
2. идентифицира и анализира причините за отделните жалби, така че да се установят първопричините, които са общи за различните видове жалби и поставя като основна задача уреждане на причините за жалбите;
3. преценява дали установените първопричини за жалбите могат да засегнат и други процеси или застрахователни продукти, включително тези, във връзка с които не са постъпили преки жалби;
4. взема решения относно необходимостта от предприемане на корективни действия за отстраняване на причините за жалбите и методите за това;
5. повтарящите се или системни проблеми редовно се докладват на висшето ръководство с цел използването на тези сведения при идентифициране, оценка, управление и контролиране на рисковете от управленско естество;
6. съхраняване на извършените анализи и решения, взети от висшето ръководство в отговор на информацията относно причините за жалбите.

Чл. 73. При поискване или при потвърждаване на получаването на жалба „ЗАД ДаллБогг: Живот и Здраве“ АД предоставя писмена информация за своя процес по разглеждане на жалби.

Чл. 74. „ЗАД ДаллБогг: Живот и Здраве“ АД предоставя ясна, точна и актуална информация за процеса по разглеждане на жалби, която включва:

1. подробности за начина на подаване на жалби;
2. процеса, който ще се следва при разглеждането на жалби.

Чл. 75. „ЗАД ДаллБогг: Живот и Здраве“ АД държи жалбоподателя в течение относно разглеждането на жалбата, като при поискване му предоставя информация относно движението и статуса на жалбата и осигурява възможност за извършване на справки по телефона.

Чл. 76. При разглеждането на жалбите „ЗАД ДаллБогг: Живот и Здраве“ АД се стреми да събере и проучи всички относими доказателства и информация.

Чл. 77. Когато се предоставя окончателно решение, което не удовлетворява напълно искането на жалбоподателя, „ЗАД ДаллБогг: Живот и Здраве“ АД включва пълно обяснение на позицията си по отношение на жалбата и посочва на жалбоподателя възможността да продължи защитата на интересите си, предмет на жалбата, по съдебен ред.

Настоящите Вътрешни правила за дейността по уреждане на претенции по застрахователни договори са приети на основание чл. 105, ал. 1 от Кодекса за застраховането на заседание на Съвета на директорите на „ЗАД ДаллБогг: Живот и Здраве“ АД, проведено на 21.12.2015 г.