

ВЪТРЕШНИ ПРАВИЛА ЗА ДЕЙНОСТТА ПО УРЕЖДАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ ПРЕТЕНЦИИ ПО ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ ДОГОВОРИ

1. ОСНОВНИ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящите Вътрешни правила за дейността по уреждане на застрахователни претенции по застрахователни договори наричани за краткост „Вътрешни правила“ на ЗК „УНИКА Живот“ АД са приети на основание чл. 104 от Кодекса за застраховане.

1.2. Вътрешните правила уреждат процедурите, по които застрахователят приема претенциите по застрахователните договори, събира доказателствата за установяване на техните основания и размер, извършва оценка на причинените вреди, определя размера на обезщетенията, извършва разплащанията с потребителите и разглежда жалби подадени от тях.

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

2. ЗАДЪЛЖЕНИЕ ЗА УВЕДОМЯВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ ПРИ НАСТЪПВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ

2.1. Застрахованите или ползващите лица са длъжни да уведомят застрахователя за настъпване на застрахователно събитие в срока, указан в Общите условия по съответния вид застраховка, в Кодекса за застраховането или в нормативен акт, регламентиращ съответния вид застраховане.

2.2. Уведомяването трябва да се извърши писмено, по факс, електронна поща или телефон.

2.3. Застрахователят има право да откаже плащане, ако застрахованият не е изпълнил задълженията си в сроковете по т. 2.1., с цел да попречи на застрахователя да установи обстоятелствата, при които е настъпило събитието, или ако неизпълнението е направило невъзможно установяването им от застрахователя.

3. ПРЕДЯВЯВАНЕ И ПРИЕМАНЕ НА ПРЕТЕНЦИИ ПО ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ ДОГОВОРИ

3.1. Претенцията се предявява чрез електронно уведомление, по телефона или като се попълва формуляр Претенция по образец на застрахователя (приложение 1А или 1Б), комплектувана с точни данни за банкова сметка и документи, установяващи настъпването на събитието, вредите и правото на претендиращия да получи обезщетение. За всяко застрахователно събитие и от всяко ползващо лице се подава отделна претенция. Когато ползващите лица са повече от едно, с необходимите документи се комплектува само една от претенциите.

3.2. Претенцията се подава лично от правоимащия (застрахован/ползващо лице), негов упълномощен представител или застрахователен брокер, когато застрахованият му е възложил това. В случай, че правоимащото лице е непълнолетно или недееспособно, претенцията се подава от законния му представител, като същият докаже това си качество документално.

3.3. Документите, установяващи настъпването на събитието и претенцията се подават в ЗК „УНИКА Живот“ АД, дирекция „Ликвидация на щети“, гр. София, п.к. 1000, бул. Тодор Александров № 18 или в агенцията, в която е сключен и поддържан застрахователният договор, но тя може да се приеме и от всяка друга агенция или офис на застрахователя, ако това улеснява правоимащото лице.

3.4. Подаването на претенции се извършва в сроковете предвидени в Общите условия на съответните застраховки, но не по-късно от давностния срок.

4. РЕГИСТРИРАНЕ НА ПРЕТЕНЦИИ

4.1. Претенциите се регистрират с уникален номер в информационната система модул „Регистрация на претенция“

4.2. Приетите в агенциите претенции се изпращат с поща в дирекция „Бизнес операционен център“ най-късно на следващия работен ден след приемането им.

4.3. Застрахователят удостоверява получаването на следните претенции със завеждането им в регистъра „Входяща поща“ на дружеството:

4.3.1. при липса на застрахователен договор, сключен с дружеството;

4.3.2. когато пострадалото лице не е застраховано;

4.3.3. при събитие, послужило като повод за претенцията, което е настъпило преди началото или след прекратяване на застрахователния договор на основания, предвидени в него и/или в Кодекса за застраховането;

4.3.4. при събитие, във връзка с което са причинени претендираните вреди, което е настъпило поради риск, непокрит по застрахователния договор и това е видно по категоричен начин от представените към претенцията документи.

5. ОПРЕДЕЛЯНЕ РАЗМЕРА НА ПРЕТЕНЦИЯТА

5.1. При получаване на претенциите в дирекция „Ликвидация на щети“, експертът извършва приблизителна оценка на размера на претендираната сума в зависимост от вида на събитието и покритието на полицата, и го отразява в информационната система модул „Обслужване на полица“ както следва:

5.1.1. при смърт – застрахователната сума,

5.1.2. при трайна загуба на работоспособност - % от застрахователната сума,

5.1.3. при временна загуба на работоспособност - % от застрахователната сума или сума на ден според общия брой на дните в представените болнични листове,

5.1.4. медицински разходи – общата сума на представените фактури,

5.1.5. дневни пари за болничен престой – сумата за един ден по броя на дните в епикризата,

5.1.6. хирургическо лечение - % от застрахователната сума според операцията.

6. ДОКАЗАТЕЛСТВА ЗА УСТАНОВЯВАНЕ НА ОСНОВАНИЕТО И РАЗМЕРА НА ПРЕТЕНЦИИТЕ

6.1. За да докаже настъпването на застрахователно събитие и размера на обезщетението, претендиращият е длъжен:

6.1.1. да представи на застрахователя документите, изискуеми по Общите условия за съответния вид застраховка и/или посочени в застрахователния договор и/или в друг нормативен акт;

6.1.2. да представи допълнително поисканите от застрахователя документи, пряко свързани с настъпване на събитието и размера на вредите;

6.1.3. да представи цялата информация, необходима на застрахователя за установяване на основанието и размера на обезщетението изцяло и правдиво.

6.2. при необходимост, застрахователят има право на достъп до цялата медицинска документация във връзка със здравословното състояние на застрахованото лице и може да я изисква от всички лица, съхраняващи такава информация.

6.3. Застрахователят, най-късно в срок до 45 дни от представянето на доказателствата, определени със застрахователния договор, уведомява претендиращия за необходимите допълнителни доказателства, които не са могли да бъдат предвидени в застрахователния договор при сключването му или при завеждане на претенцията, но са пряко свързани със събитието и са необходими за установяване на основанието и размера на претенцията.

6.4. Не се допуска изискване на доказателства, с които претендиращият 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.

- 6.5. Документите и доказателствата се предоставят на Застрахователя:
- 6.5.1. в оригинал - финансови документи (фактури, фискални бонове за извършени от застрахования медицински и други разходи, които той претендира да му бъдат възстановени);
 - 6.5.2. оригинал или копие на всички останали документи.
- 6.6. Всички доказателства се представят в Централно Управление лично или по пощата, като получаването им се удостоверява с дата и входящ номер от служител на застрахователя.
- 6.7. Допуска се представяне на допълнителни доказателства и в други представителствата на дружеството, като в тези случаи претендентът е длъжен да посочи номера на заведената претенция, по която се представят допълнителни доказателства.
- 6.8. Сроковете, предвидени по чл. 108, ал. 1 от Кодекса за застраховането, започват да текат след предоставяне на всички изискани документи.

7. ДОКУМЕНТИ, НЕОБХОДИМИ ЗА УСТАНОВЯВАНЕ НА ОСНОВАНИЕТО И РАЗМЕРА НА ПРЕТЕНЦИИТЕ

- 7.1. Доказателства за установяване на основание и размера на претенцията са описани в Общите условия за съответния вид застраховка. В зависимост от характера на застрахователното събитие, заедно с подаването на претенцията се представят документи, свързани с настъпване на събитието, размера на обезщетението и идентифицирането на ползващите лица (приложение 2).
- 7.2. Застрахованото лице е длъжно да представи необходимите документи за доказване на настъпило застрахователно събитие. Застрахователят разглежда и съобразява само първоначално представените медицински документи и допълнително поисканите от застрахователя документи. Допълнително представени идентични документи на първоначално представените, но с различно съдържание, няма да бъдат разглеждани от застрахователя. В последната хипотеза, застрахователят има право да сезира компетентните органи, относно съставянето на документ с невярно съдържание.
- 7.3. В случай, че застрахователното събитие е настъпило извън територията на Република България, съответните документи, удостоверяващи настъпването му, се представят като надлежно преведени и легализирани от компетентните за това служби.

8. ОПРЕДЕЛЯНЕ РАЗМЕРА НА ОБЕЗЩЕТЕНИЯТА

- 8.1. При настъпване на риска "смърт" на застрахования в срока на действие на застрахователния договор, се изплаща размерът на застрахователната сума, определена в полицата.
- 8.2. При настъпване на риска "трайна неработоспособност" - пълна или частична, размерът на обезщетението се определя от степента на окончателно загубената работоспособност на застрахования. Степента на трайна загуба на работоспособност се определя от Застрахователно-медицинската комисия на застрахователя или съгласно решение на ТЕЛК/НЕЛК.
- 8.3. При настъпване на риска "временна неработоспособност", размерът на обезщетението се определя в зависимост от продължителността на временната загуба на работоспособност. Продължителността на неработоспособността се определя на база реално ползвани болнични листове или от ЗМК (застрахователно-медицинска комисия), в случаите когато застрахованите лица са учащи, пенсионери или неосигурени.
- 8.4. При предявяване на претенция за плащане на медицински разходи, размерът на обезщетението се определя от размера на действително направените разходи от застрахования за медицински услуги и/или медикаменти в съответствие с покритието. Обезщетението се доказва въз основа представени медицински и финансови документи.
- 8.5. В случаите на предходните точки от т. 8.1. до 8.4., когато настъпилото събитие е по ограничен риск по Общите условия на съответната застраховка, обезщетението се определя, съразмерно съгласно премията, която е следвало да бъде платена спрямо действително платената премия.

9. ЗАСТРАХОВАТЕЛНО-МЕДИЦИНСКА КОМИСИЯ /ЗМК/ - ФУНКЦИОНИРАНЕ И СЪСТАВ

- 9.1. Застрахователно-медицинската комисия на ЗК "УНИКА Живот" АД функционира в Централно Управление в гр. София, където се разглеждат получените претенции.
- 9.2. ЗМК заседава ежеседмично, ако има постъпили документи за разглеждане в офиса на Централно Управление в състав Директор на дирекция ликвидация на щети, Лекар – съветник и Експерт на дирекция ликвидация на щети.
- 9.3. Застрахователно-медицинската комисия на застрахователя определя:

- 9.3.1. процента трайна загуба на работоспособност на застрахованите въз основа на медицинската документация, представена от застрахованите, извършени прегледи от доверени лекари и Списъка на травматичните болести и повреди на застрахователя.
 - 9.3.2. продължителността на временна нетрудоспособност за ученици, студенти, пенсионери и неосигурени лица въз основа на медицинската документация, представена от застрахованите.
 - 9.3.3. процента за хирургическа намеса, съгласно Хирургическа таблица на застрахователя за вида на операциите и максималния процент на обезщетение.
 - 9.3.4. други медицински казуси.
- 9.4. ЦЗМК (централна застрахователно-медицинска комисия) е разширен състав на ЗМК и заседава един път в месеца с комисия Изпълнителен Директор, Директор на дирекция ликвидация на щети, Лекар – съветник и Експерт на дирекция ликвидация на щети. Тя разглежда всички възражения по решения на ЗМК, както и всички случаи по т. 9.3, които са над определен лимит.
- 9.5. При необходимост ЗМК се обръща към външни медицински консултанти, които са лицензирани лекари специалисти по съответния медицински казус.

10. КОМПЛЕКТОВАНЕ И ОПРЕДЕЛЯНЕ ОСНОВАТЕЛНОСТТА НА ПРЕТЕНЦИЯТА

- 10.1. Всяка претенция се комплектува от служител на застрахователя с:
- 10.1.1. формуляр Претенция, освен в случаите, когато претенцията е подадена чрез електронното уведомление;
 - 10.1.2. документи и становища, получени от претендента и компетентните органи във връзка със застрахователното събитие;
 - 10.1.3. решение за изплащане на обезщетение или мотивирано предложение за отказ за изплащане на обезщетение.
 - 10.1.4. Обезщетението се определя при спазване на следните принципи:
 - 10.1.5. при изготвяне на решението по т. 10.1.3. компетентният служител на застрахователя е длъжен да се убеди, че претенцията е доказана по основание и размер, а именно че:
 - 10.1.6. застрахователният договор е в сила към датата на настъпване на събитието;
 - 10.1.7. застрахователното събитие е настъпило вследствие проявлението на риск, покрит по условията на застрахователния договор;
 - 10.1.8. няма нарушение на задължения по договора от страна на застрахования.

11. ИЗПЛАЩАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ СУМИ И ОБЕЗЩЕТЕНИЯ

- 11.1. Застрахователни суми или обезщетения се изплащат в срок, указан в съответната полица, но не по-късно от 15 работни дни от представяне на всички необходими доказателства.
- 11.2. Плащането на застрахователната сума или обезщетение се извършва, чрез банков превод по посочена от претендиращия банкова сметка, като отговорността за правилното посочване на данните е на претендиращия.
- 11.3. При плащане на застрахователна сума по семейна застраховка, плащането се извършва на двамата съпрузи едновременно или на единия съпруг, като последният представя нотариално заверено пълномощно в оригинал от другия съпруг за получаване на обезщетението по щетата.
- 11.4. Изплащане на обезщетения на касата на Дружеството. При плащане в брой на застрахователна сума или обезщетение на лице, различно от правоимащото, се представя нотариално заверено пълномощно в оригинал от правоимащия.

12. ОТКАЗ ЗА ИЗПЛАЩАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ОБЕЗЩЕТЕНИЕ

- 12.1. Отказ за изплащане на обезщетение се прави при наличие на едно или повече от следните обстоятелства:
- 12.1.1. застрахователният договор не е бил в сила към датата на събитието;
 - 12.1.2. събитието не е настъпило вследствие проявлението на риск, покрит по условията на договора или се дължи на изключен риск;
 - 12.1.3. налице е съществено нарушение на задължения по договора от страна на застрахования, което е предвидено като основание за отказ за плащане на обезщетение;

- 12.1.4. застрахованият или третото ползващо лице не са предоставили документи, необходими за доказването на основанието за изплащане на обезщетение, които са били изискани от застрахователя;
 - 12.1.5. застрахованият или ползващото лице са представили документи с невярно съдържание, неистински, подправени или фалшиви документи или по друг начин са се опитали да заблудят или измамат застрахователя;
 - 12.1.6. застрахованият или ползващото лице възпрепятстват застрахователя да получи информация за здравословното състояние на застрахования или проведеното лечение от лекуващите го лекари, болнични заведения или от работодател, необходими за изясняване на основанието и размера на претенцията.
- 12.2. При отказ за изплащане на застрахователно обезщетение или част от него, по подадена писмена претенция, застрахователят уведомява претендента писмено, като излага мотивите за взетото решение в срок, указан в съответната полица, но не по-късно от 15 работни дни от представяне на всички необходими доказателства.
- 12.3. При липса на доказателства относно основание или размера на претенцията, застрахователят е длъжен да се произнесе не по-късно от 6 месеца от датата на предявяването на претенцията.

13. РАЗГЛЕЖДАНЕ НА ЖАЛБИ

- 13.1. Жалби по подадени претенции се приемат в Централно Управление на Дружеството, в отдел Деловодство. Жалби, постъпили в други офиси на застрахователя, се препращат в Централата на дружеството. Към жалбата може да се приложат нови писмени доказателства, които не са били представени и са относими към застрахователното събитие, причините за настъпването, основанието и размерът на застрахователното обезщетение.
- 13.2. За всички постъпили в дружеството жалби се води регистър.
- 13.3. Жалби, подадени повторно по въпрос, по който има решение, не се разглеждат, освен ако са във връзка с изпълнението на решението или се основават на нови факти и обстоятелства.
- 13.4. Жалбите, които не се разглеждат, се връщат на подателя, като му се съобщават и основанията за това.
- 13.5. Всички спорни въпроси, за които няма доброволно уреждане, могат да бъдат отнесени за решаване по компетентност от съответния български съд.
- 13.6. Жалбите се разглеждат съгласно Политика за управление за Жалбите, приета с решение на УС на ЗК „УНИКА Живот“ АД, на основание Насоките относно разглеждане на жалби от застрахователни предприятия, приети от Европейския орган за застраховане и професионално пенсионо осигуряване, изпратени с Писмо на Комисия за финансов надзор с изх. No 10-00-28/10.04.2013 година.

Настоящите Вътрешни правила са приети с решение на Управителния съвет на ЗК “УНИКА Живот” АД на 07.03.2016 година.