

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 застраховането.

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, на интернет страницата на Дружеството www.uniqa.bg или по 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 като се попълва формуляр Претенция по образец на застрахователя (приложение 1А или 1Б) или на интернет страницата на Дружеството www.uniqa.bg, окомплектована 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 (приложение 2А или 2Б) се окомплектова само една от претенциите.

3.2. Претенцията се подава лично от правоимащия (застрахован/ползващо лице), негов упълномощен представител, застрахователен брокер, когато застрахованият му е възложил това или посредник, когато застрахователят 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.

За претенции по застраховки, които попадат в обхвата на Закона за мерките за изпирането на пари (ЗМИП) и/или Глава шестнадесета, Раздел III „а“ от ДОПК се прилагат изискванията на Вътрешните

правила за контрол и предотвратяване изпирането на пари и финансирането на тероризма, както и изискванията на FATCA Политика, FATCA Стандарт и Указания за извършване на класификация по ДОПК (FATCA и CRS).

3.3. Приетите в УНИКА офиси претенции се изпращат с поща в Централно Управление на ЗК „УНИКА Живот“ АД, най-късно на следващия работен ден след приемането им.

3.4. Приетите чрез застрахователни посредници (брокери, агенти) претенции се изпращат с поща в Централно Управление на ЗК „УНИКА Живот“ АД, в срока прецизиран в договора с конкретния посредник, като този срок не може да надвишава 10 дни.

3.5. Документите, установяващи настъпването на събитието и претенцията се подават, в Централно Управление на ЗК „УНИКА Живот“ АД, отдел ликвидация, гр. София, п.к. 1000, бул. Тодор Александров № 18, на интернет страницата на Дружеството www.uniga.bg, чрез застрахователен брокер, когато застрахованият му е възложил това и чрез други застрахователни посредници, на основание договорени клаузи в договора за посредничество.

3.6. 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. Застрахователят удостоверява получаването на следните претенции с регистриране на уникален временен номер на претенция на Дружеството:

4.2.1. при липса на застрахователен договор, сключен с Дружеството;

4.2.2. когато пострадалото лице не е застраховано;

4.2.3. 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;

4.2.4. 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 отдел ликвидация, 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. при диагностициране на критично заболяване - застрахователната сума,

5.1.5. медицински разходи - общата сума на представените финансови документи,

- 5.1.6. дневни пари за болничен престой - сумата за един ден по броя на дните в Епикризата,
- 5.1.7. хирургическо лечение - % от застрахователната сума според операцията или фиксирана сума за категория операция,
- 5.1.8. счупвания (фрактура) на кости - фиксирана сума,
- 5.1.9. изгаряния в резултат на злополука - фиксирана сума.

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 основаниято 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. 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 основаниято и размера на претенцията и целят необосновано забавяне и удължаване на процедурата по уреждане на претенцията.

6.4. Всички доказателства се подават чрез електронно уведомление, по електронна поща или се представят в Централно Управление на застрахователя лично или по пощата, като получаването им се удостоверява с дата и входящ номер от служител на застрахователя.

6.5. 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.

6.6. 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 основаниято 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 и размера на обезщетението.

7.2. Документите, необходими за установяване на основаниято и размера на претенция за възстановяване на медицински разходи са описани в приложение 2А. При претенции в размер до

600 евро, финансовите документи се приемат и разглеждат на база копие. При претендирана сума над 600 евро, финансовите документи се приемат и разглеждат в оригинал.

7.3. Документите, необходими за извършване на идентификация и комплексна проверка на клиенти по застраховки, които попадат в обхвата на Закона за мерките за изпирането на пари (ЗМИП) и Правилник за прилагане на ЗМИП, при които лицата имащи право да получат обезщетението подлежат на идентификация при подаване на претенцията са описани в приложение 2Б.

7.4. 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.

7.5. 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” - размерът на обезщетението се определя от степента на окончателно загубената работоспособност на застрахования. Степента на трайна загуба на работоспособност се удостоверява с 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 деца, учаци, пенсионери или неосигурени.

8.4. При настъпване на риска „диагностициране на критично заболяване“ на застрахования в срока на действие на застрахователния договор, се изплаща размерът на застрахователната сума, определена в полицата.

8.5. 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 медицински средства в съответствие с покритието. Обезщетението се доказва въз основа представени медицински и финансови документи – фактура и фискален бон.

8.6. При предявяване на претенция по риска „дневни пари за болничен престой“, размерът на обезщетението се определя в зависимост от броя пролежани дни в болнично заведение, описани в Епикриза.

8.7. При предявяване на претенция по риска „хирургическо лечение“, размерът на обезщетението се определя в зависимост от вида на извършената хирургическа интервенция, описана в оперативен протокол на Епикриза.

8.8. При предявяване на претенция по риска „счупвания (фрактура) на кости“ се изплаща фиксирана сума, определена в полицата.

8.9. При предявяване на претенция по риска „изгаряния в резултат на злополука“ се изплаща фиксирана сума, определена в полицата.

8.10. В случаите на предходните точки от т. 8.1. до 8.9., 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/

9.1. Застрахователно-медицинската комисия на ЗК „УНИКА Живот“ АД функционира в Централно Управление в гр. София, където се разглеждат получените претенции в състав доверен лекар, експерт ликвидация, Началник отдел Ликвидация и/или Ръководител направление Ликвидация, и/или Главен експерт Ликвидация.

9.2. ЗМК заседава ежеседмично, ако има постъпили документи за разглеждане в офиса на Централно Управление.

9.3. Застрахователно-медицинската комисия на застрахователя определя:

9.3.1. продължителността на временна нетрудоспособност за деца, ученици, студенти, пенсионери и неосигурени лица въз основа на медицинската документация, представена от застрахованите.

9.3.2. процента за хирургическа намеса, съгласно Хирургическа таблица на застрахователя за вида на операциите и максималния процент на обезщетение и Таблица за категория операции.

9.3.3. други медицински казуси.

9.4. 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.

10.2. Обезщетението се определя при спазване на следните принципи:

10.2.1. 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:

10.2.1.1. застрахователният договор е в сила към датата на настъпване на събитието;

10.2.1.2. застрахователното събитие е настъпило вследствие проявлението на риск, покрит по условията на застрахователния договор;

10.2.1.3. 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 до 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 ползвателя на застрахователни услуги банкова сметка, като отговорността за правилното посочване на данните е негова.

11.3. Плащане от застраховател към ползвател на застрахователни услуги чрез застрахователен посредник, посредник предлагащ застрахователни продукти като допълнителна дейност, или чрез друго лице се допуска само въз основа на изрично писмено пълномощно с нотариална заверка на подписите за съответната застрахователна претенция или плащане, в което се съдържа изявление, че ползвателят на застрахователни услуги е уведомен, че има право да получи плащането лично.

11.4. При плащане на застрахователна сума по семейна застраховка, плащането се извършва на двамата съпрузи едновременно или на единия съпруг, като последният представя изрично писмено пълномощно с нотариална заверка на подписите за съответната застрахователна претенция или плащане, в което се съдържа изявление, че ползвателят на застрахователни услуги е уведомен, че има право да получи плащането лично от другия съпруг за получаване на обезщетението по щетата.

11.5. Когато застрахователят извърши плащане чрез застрахователен посредник, посредник предлагащ застрахователни продукти като допълнителна дейност или на друго лице, е длъжен да уведоми изрично и писмено ползвателя на застрахователни услуги, като посочи и размера на извършеното плащане.

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 и размера за изплащане на обезщетение, които са били изисквани 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 измамят 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 по подадена претенция, застрахователят излага мотивите за взетото решение в срок до 15 работни дни от представяне на всички необходими доказателства.

12.3. При липса на доказателства относно основанието или размера на претенцията, застрахователят е длъжен да се произнесе не по-късно от 6 месеца от датата на предявяването на претенцията.

13. ВЪТРЕШНО-КОНТРОЛНА СРЕДА

13.1. Първо ниво на контрол - видове регулярен и периодичен контрол, който се извършва и документираща в отдел „Ликвидация“. Контролите по отношение обработването на претенции, покрити рискове, изчисляване на обезщетението и спазване на срока за произнасяне се извършват от Началник отдел Ликвидация и/или Ръководител направление Ликвидация, и/или Главен експерт Ликвидация.

13.2. Второ ниво на контрол - регулярен и периодичен контрол и мониторинг в реално време на база определени критерии, които се извършват от дирекция „Съответствие и законосъобразност“. Контролите по отношение спазване на изискванията на ЗМИП, ЗМФТ и ДОПК, както и Вътрешните правила за контрол и предотвратяване изпирането на пари и финансирането на тероризма се извършват от служители на дирекцията. Функцията по съответствие дава предписания към отговорните звена и докладва периодично на Управителен съвет.

13.3. Трето ниво на контрол – проверки от функцията по вътрешен одит и регистрирани одитори. Контролът по отношение спазване на законови изисквания и вътрешни правила, извършване и документиране на контролите и тяхната ефективност, се извършват от вътрешните одитори съгласно одобрен годишен одитен план и програма за конкретния одитен ангажимент. Функцията по вътрешен одит докладва констатациите и мерките на Управителен съвет и извършва последващ контрол на изпълнението им.

14. РАЗГЛЕЖДАНЕ НА ЖАЛБИ

14.1. Жалби по претенции се разглеждат съгласно Политика за управление за Жалбите, публикувана на официалния сайт на Дружеството и изискванията на Наредба 71 на КФН.

14.2. Жалби по претенции се приемат:

14.2.1. на интернет страницата на Дружеството www.uniqa.bg;

14.2.2. по електронна поща на feedback@uniqa.bg;

14.2.3. в Централно Управление на Дружеството на хартиен носител, в отдел Деловодство.

14.2.4. в териториалната структура на ЗК УНИКА Живот АД. Жалбите, приети в офиси на дружеството, се изпращат за разглеждане в Централно управление.

14.3. Жалбите следва да съдържат подробно описание на оплакванията на жалбоподателя и посочен номер на застрахователния договор и/или номер на претенция. Също така, към Жалбата следва да приложени писмени документи и доказателства, с които жалбоподателя разполага. Неспазването на тези изисквания не води до недопустимост за разглеждането на Жалбата освен в случаите, когато не са предоставени данни за обратна връзка.

14.4. Жалби, подадени повторно по въпрос или претенция, по която застрахователят е изпълнил задължението си за произнасяне, не се разглеждат, освен ако са във връзка с изпълнението на произнесеното становище или се основават на новопостъпили факти и обстоятелства. Жалби, които не се разглеждат от застрахователя, се връщат на подателя с придружително писмо.

14.5. Подаването и разглеждането на Жалби е безплатно.

14.6. Всички постъпили в дружеството Жалби се регистрират с уникален номер и се отразяват регистър в Централно Управление. Жалбоподателя се уведомява за номера и дата на регистрираната Жалба.

14.7. Сроковете за разглеждане и отговор на Жалби са:

14.7.1. разглеждане и отговор до 15 календарни дни от постъпването на жалбата;

14.7.2. предоставяне на фактическа и правна обосновка на определения размер на обезщетението в 6-дневен срок от постъпването на жалба от ползвател на застрахователни услуги относно размера на определеното обезщетение.

14.8. Компетентности и принципи за работа

При разглеждане на жалбите се спазват следните принципи с цел гарантиране на справедливото им разглеждане:

14.8.1. Ориентация към клиента

Жалбите се третират като възможност да се задържи клиента и да се подобрят услугите и процесите в ЗК УНИКА ЖИВОТ АД, клиентите трябва да бъдат окуражавани да изразяват мнение, както и да могат лесно да подават оплаквания в случай на неудовлетворение.

На жалбоподателите трябва да се отговаря любезно и в рамките на добрия тон. Да не се натоварва клиента с вътрешна информация и да не се споменават имената на лицата, ангажирани с разрешаването на жалбата. Отговорът трябва да е ясен, с минимално използване на терминология и абривиатури и да дава изчерпателен отговор.

14.8.2. Компетентност

Ресорната дирекция за отговор по жалба се определя съобразно естеството на казуса. Служителите, които са отговорни за разглеждане на жалби, следва да притежават необходимите познания и експертност, както умения и компетентност за комуникация и работа с клиенти. Това включва задълбочени познания в областта, в която работят, както и умение да се изразяват разбираемо и на достъпен език.

14.8.3. Систематичен подход

Регистрирането и обработването на жалби от клиенти следва да е надлежно документирано. Всички жалби и техните отговори се регистрират и архивират, с цел своевременно анализиране, идентифициране на проблема и взимане на решение.

14.8.4. Безпристрастност

Служителите и членовете на управителни или контролни органи, всяко друго лице на ръководна длъжност, както и всяко друго лице, упълномощено да управлява или представлява ЗК УНИКА ЖИВОТ АД, нямат право да участват в обработката на жалба, отнасяща се до случай, в който лицето, член на неговото семейство, дружество, в което то или член неговото семейство участват директно или индиректно (като клиент, като трета страна, или като представител от УНИКА), или която се отнася за случай, в който може да бъде заложена неговата независимост (личен интерес, лични връзки (роднинство) със засегнатия клиент, договор, който той е договорил или съвет, който той е предоставил и др.

Жалбите не могат да се разрешават от органите, структурните звена или от служители, срещу чиито действия са подадени и това е конкретно уточнено в съдържанието на

жалбата. Отговорни за спазването на този принцип за предотвратяване на конфликт на интереси са директорите на ресорните дирекции в ЦУ.

14.8.5. Принцип на четирите очи

Всеки отговор задължително трябва да бъде потвърден от служител, различен от служителя, който го е изготвил в съответствие с вътрешните процедури на отговорното звено. Когато жалбата не изисква съгласуване от юрист, отговорът се потвърждава от служител с по-висока длъжност от служителя, който е изготвил жалбата.

14.9. Застрахователят предоставя информация относно реда за подаване на Жалби, съгласно настоящите Правила и интернет страницата на която са публикувани достатъчно време преди сключване на застрахователния договор.

14.10. Всички спорни въпроси, за които няма доброволно уреждане, могат да бъдат отнесени за решаване по компетентност от съответния български съд.

Настоящите Вътрешни правила са приети с решение на Управителния съвет на ЗК "УНИКА Живот" АД на 22.12.2025 година, в сила от 01.01.2026 г.