

ПРАВИЛА

за дейността по уреждане на претенции
по застрахователни договори на
ЗАД "АЛИАНЦ БЪЛГАРИЯ ЖИВОТ"

София, август 2016 година

СЪДЪРЖАНИЕ

I.	Предмет	3
II.	Заявяване на претенции по застрахователните договори	4
III.	Необходими документи към застрахователната претенция	4
IV.	Окомплектоване на преписките	6
V.	Изплащане на застрахователни суми и обезщетения. Предоставяне на медицински стоки и услуги	6
VI.	Отказ по застрахователна претенция	8
VII.	Обжалване на отказа по застрахователна претенция	9
VIII.	Заклучителни разпоредби	10

I. Предмет

1. Тези Правила за дейността по уреждане на претенции по застрахователни договори (Правилата) на Застрахователно акционерно дружество "Алианс България Живот", наричано по-надолу "Застрахователя", приети на основание чл.104, ал.1 от Кодекса за застраховане (КЗ), представляват вътрешен нормативен акт и са разработени в съответствие с изискванията на действащото законодателство на Република България, и уреждат процедурите по:
 - заявяване на претенции по застрахователния договор пред Застрахователя;
 - приемане на претенциите и завеждането им от Застрахователя;
 - събиране на необходимите доказателства за установяване на претенциите по основание и размер;
 - оценка на претенцията;
 - удовлетворяване или постановяване на отказ по предявената претенция;
 - приемане и разглеждане на жалби от Застрахователя срещу действията и актовете на неговите представители.
2. Предмет на Правилата е регламентацията на дейността по застраховане, извършвана от Застрахователя, чрез сключваните от него застрахователни договори с физически и юридически лица, както и установяване на реда, сроковете, условията и начина на заявяване, разглеждане и уреждане на претенциите по тези договори, на нивата на компетентност за вземане на решение за удовлетворяване или отказ на предявените претенции.
3. При предоставянето на застрахователни услуги и при уреждането на претенциите, Застрахователят се ръководи от принципите на законосъобразност, сигурност, справедливост, ликвидност и ефективност.
4. Отношенията между Застрахователя и неговите клиенти, във връзка с предлаганите застрахователни продукти, се уреждат чрез договори, съответстващи на действащото законодателство, добрите нрави и утвърдената практика на Застрахователя.
5. Предлаганите от Застрахователя договори за застраховки "Живот" се сключват срещу рискове, свързани с живота, здравето или телесната цялост на физическо лице.
6. Предлаганите от Застрахователя договори за застраховки "Злополука" се сключват срещу рискове, свързани с живота, здравето или телесната цялост на физическо лице, настъпили в резултат от злополука.
7. Недействителен е договор за застраховка "Живот" или "Злополука" с покритие за случай на смърт на малолетно лице или на лице, поставено под пълно запрещение, както и с покритие на рисковете от аборт или раждане на мъртво дете.
8. Предлаганите от Застрахователя договори за здравно застраховане (застраховка „Заболяване“) покриват разходите за здравни стоки и услуги произтичащи от заболяване или вследствие от злополука, други договорени здравни стоки и услуги (включително свързани с профилактика, бременност и раждане на застрахованото лице или временна загуба на доход вследствие на заболяване или злополука) и други договорени разходи за други стоки и услуги, свързани със здравното обслужване на застрахованото лице, произтичащи от заболяване или вследствие на злополука (включително транспорт, специализирано обгрижване и палиативни грижи).
9. При проявление на всеки конкретен риск, предвиден в отделния застрахователен договор, се ангажира отговорността на Застрахователя съгласно застраховката да изплати на Застрахования или на трето ползващо се лице, застрахователна сума (при смърт) или обезщетение (при останалите застрахователни рискове) за последиците от настъпилото застрахователно събитие.

10. В зависимост от условията по всеки отделен застрахователен договор, при застраховките "Живот", "Злополука" и "Заболяване", Застрахователят покрива риска от настъпване на следните застрахователни събития:
- смърт;
 - смърт от злополука;
 - доживяване до определена възраст от застрахованото лице;
 - трайна загуба на работоспособност в резултат на злополука или заболяване;
 - временна загуба на работоспособност в резултат на злополука или заболяване;
 - болничен престой в резултат на злополука;
 - разходи за лечение, лекарства и консумативи при злополука или заболяване; и
 - други, установени със съответния застрахователен договор.

II. Заявяване на претенции по застрахователните договори

11. Предявяването на претенции пред Застрахователя за изплащане на суми и обезщетения по застраховки, както и за изплащане на обезщетения или предоставяне на медицински или други стоки и услуги по договори за здравно застраховане, се извършва чрез подаване на заявление по образец от лицето, което претендира настъпило застрахователно събитие, като то собственолично попълва и подписва заявлението. Заявлението се подава в срок съобразен с изискванията на Кодекса за застраховането и приложимите към съответния застрахователен договор Общи условия, по които се заявява претенцията. При настъпване на застрахователно събитие право на пряк иск към Застрахователя има само лицето, което има право да получи застрахователната сума/обезщетение.
12. В случаите, когато лицето е непълнолетно, в заявлението се посочват данните на лицето, но заявлението се попълва и подписва от негов законен представител. Когато заявлението се подава чрез пълномощник, на първо място се посочват данните на упълномощителя и на второ тези на упълномощеното лице, което задължително се отбелязва на заявлението, и се прилага копие на пълномощното.
13. В заявлението се отбелязват:
- лични данни на лицето, предявяващо претенцията и качеството, в което я предявява – застрахован, застраховач или ползващо се лице;
 - лични данни на лицето, което съгласно застрахователния договор следва да получи сумата или обезщетението, или на което следва да бъдат предоставени съответните стоки и услуги;
 - банкова сметка;
 - номер на застрахователната полица, по която се предявява претенцията;
 - датата на събитието и обстоятелствата, при които то е настъпило;
 - приложенията към заявлението документи.
14. Непредставянето на данни за банковата сметка от страна на лицето, което желае да получи застрахователна сума или обезщетение, има последиците на забава на кредитора по отношение на плащането, като Застрахователят не дължи лихва по чл.409 от Кодекса за застраховането.
15. Заявлението се подава пред Застрахователя, като при приемането му се проверява дали то е надлежно попълнено и дали лицето, вписано в него като заявител и това, което действително го подава са едно и също лице. Приемането на заявлението от Застрахователя се удостоверява с поставянето на дата на завеждане.

III. Необходими документи към застрахователната претенция

16. При предявяване на претенцията застраховачият, застрахованият или третото лице трябва да представят съответните документи, определени от Застрахователя и

доказващи искането им за изплащане на застрахователна сума или обезщетение, или за получаване на съответните стоки и услуги по договори за здравно застраховане, както и техния размер. Необходимите доказателства се посочват на лицето в писмена форма, а Застрахователят си запазва правото да изиска и допълнителни такива при спазване на разпоредбата на чл.106, ал.4, и ал.5 от Кодекса за застраховането. Всяко представяне на доказателства се удостоверява от Застрахователя с вписването им в заявлението и отбелязване на датата на представяне на съответното доказателство.

17. За приемане и разглеждане на претенцията са необходими:

- документи, удостоверяващи наличието на сключен и действащ застрахователен договор със Застрахователя – първият екземпляр на застрахователната полица с приложените към нея общи условия, заявление за сключване на застраховката, както и евентуално издадените списъци и допълнителни споразумения /добавъци/ към нея;
- документи, идентифициращи лицето – документ за самоличност (за физическите лица), удостоверение за актуално състояние (за юридическите лица);
- документи, удостоверяващи качеството на лицето и правото му да получи претендираната сума или обезщетение – нотариално заверено удостоверение за наследници, служебна бележка от работодателя, заверени от работодателя копия на трудовия договор и заповедта за прекратяване на трудовото правоотношение;
- документи, удостоверяващи факта на настъпване на събитието – нотариално заверено копие на акт за смърт или препис – извлечение на акта за смърт, съобщение за смърт, медицински документи (амбулаторни листове, направления, епикризи, медицински удостоверения и други);
- документи, съдържащи информация за обстоятелствата, при които е настъпило събитието – съдебномедицински експертизи, документи издадени от правоохранителните органи (протоколи за ПТП, служебни бележки и др.), от работодателя и НОИ (декларация и протокол от разследване на трудова злополука, разпореждане на НОИ и др.), от съдилищата, прокуратурата и следствените органи (съдебни решения, наказателни постановления и др.), освен ако съществува нормативна пречка или поради липсата на правна възможност за осигуряването им, както и други официални документи;
- документи, удостоверяващи първоначалното поставяне или уточняване на диагнозата, историята на заболяването и провежданото лечение – личен амбулаторен картон, болнични листове, амбулаторни листове, епикризи, оперативни протоколи, разчитане на образни изследвания, протоколи на ЛКК, рецепти, рецептурни книжки, документи от органите на медицинската експертиза на работоспособността, други официални медицински документи;
- документи, удостоверяващи извършените от лицето разходи – рецепти, фактури с касови бележки на името на лицето, други официални платежни документи;
- Всички документи, изброени по-горе и/или допълнително посочени, се изискват от Застрахователя при съобразяване с разпоредбата на чл.106, ал.4 и ал.5 от Кодекса за застраховането.

18. В зависимост от настъпилото застрахователно събитие, покритите по условията на конкретната застраховка рискове и вида на дължимото плащане, лицето представя посочените по-горе документи, като те може да бъдат изискани от застрахователя и са определящи за установяването на основанието и размера на претенцията. Във всеки отделен случай, Застрахователят, при съобразяване на разпоредбата на чл.106, ал.4 и ал.5 от Кодекса за застраховането, има право да изиска и получи от лицето, подаващо претенцията, и други документи и/или материали, извън посочените в договора, общите условия и/или настоящите Правила, които пряко или косвено се отнасят до застрахователното събитие.

19. В случаите, когато се изисква представянето на документи, освен когато нормативен акт изрично предвижда предоставянето на документ в оригинал, може да бъдат приети и преписи на съответните документи, заверени по установения от закона ред, както и копия на документи, заверени от предявяващия претенцията, след направено сверяване с оригинала от представител на Застрахователя. Когато застрахователното събитие е настъпило в чужбина и издадените документи са на чужд език се представя копие на съответните документи. По своя преценка Застрахователят може да изиска за сверяване и оригиналите на документите, и официално легализиран превод.

IV. Окомплектоване на преписките

20. След приемане на заявлението за съответната претенция и приложените към него документи се оформя преписката.
21. В случаите, когато застрахователното събитие прекратява действието на застрахователния договор, задължително към преписката се прилага първия екземпляр на полицата. Такива събития са:
- смърт на застрахованото лице през срока на застраховката (с изключение на: Женитбена застраховка; групова рискова застраховка "Живот"; групова застраховка "Злополука" и групова рентна застраховка);
 - доживяване края на срока на застраховката;
 - предсрочно прекратяване на застраховката (откупуване);
 - изплащане еднократно на дължимите ренти или на последната дължима рента.
22. Ако първият екземпляр на полицата е изгубен или унищожен, се прилага издаден по-рано дубликат. Ако няма такъв, лицето, предявяващо претенцията, подписва декларация за изгубена полица по образец на Застрахователя, която се прилага към преписката.
23. В случаите, когато застрахователното събитие не прекратява действието на застрахователния договор, лицето, предявяващо претенцията, представя копие на първия екземпляр на полицата, а оригинала се сверява с копие и се връща на лицето.
24. Всяко подадено заявление за предявяване на застрахователна претенция се завежда от Застрахователя, в съответствие с неговите правила.

V. Изплащане на застрахователни суми и обезщетения. Предоставяне на медицински стоки и услуги.

25. При настъпване на застрахователното събитие или на определените в договора условия, Застрахователят е длъжен да плати застрахователната сума или частта от нея, определена в застрахователния договор. В зависимост от характера и вида на настъпилите в резултат на събитието вреди (неимуществени и/или имуществени) се извършва тяхната оценка от Застрахователя въз основа на последиците, покрития застрахователен риск и представените доказателства. Застрахователят обезщетява имуществени вреди само при действително извършени от увредения разходи и в този случай застрахователното обезщетение се определя на основание представените и приети от Застрахователя доказателства за основанието и размера на обезщетението, и в границите на определената със застрахователния договор сума. При неимуществени вреди, застрахователното обезщетение се определя до размера на установената в застрахователния договор застрахователна сума, след приемане заключението на лекарската комисия на Застрахователя и въз основа на представените доказателства. При спазване на условията по предходното изречение застрахователното обезщетение може да се определи и чрез спогобна между Застрахователя и претендиращия плащането му или на основание на влязло в сила съдебно решение, имащо действие спрямо Застрахователя.

26. Застрахователната сума или обезщетение се изплаща и в случаите, когато този, който е причинил вредата, е длъжен да обезщети застрахования или вече го е обезщетил, както и ако застрахованият е получил плащане по друг застрахователен договор.
27. Предоставянето на медицински или други стоки и услуги по договори за здравно застраховане се извършва по реда и при условията, посочени в съответния застрахователен договор и приложимите към него общи условия.
28. Застрахователят се произнася по претенцията (извършва плащане/предоставя съответните стоки и услуги) или мотивирано отказва в срок от 15 (петнадесет) работни дни от датата, на която са представени поисканите доказателства за установяване на застрахователното събитие и на размера на плащането. Когато не са представени всички необходими и/или поискани доказателства Застрахователят мотивирано отказва или извършва плащане, не по-късно от 6 месеца от датата на предявяването на претенцията.
29. Решението се взема от Застрахователя, като компетентният орган се определя съгласно вътрешните актове на Застрахователя за осъществяване на дейността.
30. Със своето решение Застрахователят:
 - отхвърля претенцията и отказва изплащане на застрахователна сума или обезщетение, или предоставянето на съответните стоки и услуги;
 - признава претенцията и определя да се изплати застрахователна сума или обезщетение, или да се предоставят съответните стоки и услуги.
31. При отказ на Застрахователя по претенцията подробно се посочва основанието за отрицателното решение.
32. При уважаване на претенцията, с решението за изплащане на застрахователната сума или обезщетение, се определят:
 - основанието за плащане;
 - вида и размера на плащането;
 - името на лицето, което ще получи сумата или обезщетението.
33. При уважаване на претенцията за предоставяне на медицински или други стоки и услуги се определят:
 - основанието за предоставяне на съответните стоки и услуги;
 - конкретния вид на услугите и периода за който се предоставят, като и вида и количеството на стоките;
 - изпълнителя, чрез който Застрахователят предоставя съответните стоки и услуги.
34. При изплащане на застрахователна сума поради смърт на застрахованото лице се посочват всички ползващи се лица, съгласно застрахователния договор и съответната сума, която ще получи всяко от тях.
35. Застрахователната сума или обезщетение се изплащат лично на лицето, което следва да ги получи съгласно условията на застрахователния договор.
36. Ако със застрахователната полица или допълнителни споразумения към нея не е уговорено друго, право да получат съответните суми и обезщетения, в зависимост от вида на плащането имат следните лица:
 - при предсрочно прекратяване (откупуване) на застраховката – откупната стойност се изплаща лично на застрахователя;
 - при трайна или временна загуба на работоспособност от застрахования, дневни пари за болничен престой на застрахования, разходи за лекарства и консумативи за лечение на застрахования – сумата или обезщетението се изплаща лично на застрахования;

- при смърт на застрахованото лице – сумата се изплаща лично на ползващите се лица, посочени в полицата;
 - при смърт на застрахованото лице, което е и застраховащ по договора, когато застраховката не е сключена в полза на трети ползващи се лица - сумата се изплаща на наследниците на застрахованото лице;
 - при доживяване края на срока на застраховката – сумата се изплаща лично на застрахования или на определеното/ите ползващо/и лице/а/.
37. Изплащането на сумата или обезщетението на лице, вън от оправомощените да получат плащането, се допуска само след представянето на изрично нотариално заверено пълномощно (с посочени в него номер на полица и застрахователно събитие) от пълномощника или след изрично писмено волеизявление на ползвателя на застрахователни услуги (на когото се дължи плащането) извършено пред Застрахователя (с определено съдържание и реквизити), с което ползвателят посочва на Застрахователя трето лице, което да получи плащането. Упълномощител или автор на волеизявлението, по предходното изречение, може да бъде само лицето, което може да получи сумата или обезщетението съгласно застрахователния договор.
38. В случаите когато лицето, което следва да получи плащането, е непълнолетно, сумата или обезщетението се превежда по влог на лицето, при спазване на вътрешните актове на Застрахователя за изплащане на суми на непълнолетни лица.
39. При договори за застраховки за изплащане на обезщетения на размера на причинените вреди, при плащане на застрахователното обезщетение, Застрахователят може да встъпи в правата на застрахования срещу лицето, причинило събитието, в случаите и при условията, предвидени в договора и/или закона.
40. Изплащането на суми и обезщетения се извършва по банков път по посочена от лицето банкова сметка.
41. Когато застрахователният договор е сключен в чужда валута и лицето заяви, че желае да получи сумата или обезщетението в съответната чужда валута, плащането се извършва по банковата сметка на лицето.
42. Всички административни разходи във връзка с определянето и изплащането на застрахователната сума или обезщетение по предявената претенция, както и административните и други разходи по предоставяне на медицински или други стоки и услуги, извън разходите изрично посочени като включени в застрахователното покритие, са за сметка на лицето, което получава плащането.

VI. Отказ по застрахователна претенция

43. Доколкото в застрахователния договор не е уговорено друго, Застрахователят се освобождава от задълженията си по него, ако:
- преди да са изтекли три години от сключването на договора, застрахованият съзнателно причини собствената си смърт или направи опит за самоубийство, в резултат на което е причинено нараняването, увреждането на телесната цялост или загубата на работоспособността на застрахования;
 - нараняването, увреждането на телесната цялост, загубата на работоспособността или смъртта са в резултат на извършване от застрахования на престъпление от общ характер;
 - смъртта е настъпила вследствие на изпълнение на смъртно наказание, наложено с влязла в сила присъда;
 - нараняването, увреждането на телесната цялост, загубата на работоспособността или смъртта са настъпили при война, военни действия или вследствие на терористичен акт.

44. Застрахователят може да направи отказ по претенцията и при настъпване на събитие, което е изключен риск съгласно застрахователния договор и/или общите условия към него.
45. Застрахователят може да постанови отказ и ако претенцията за плащане е измамлива в каквото и да е отношение, или ако се използват измамливи средства и/или похвати от застрахования или от което и да е лице, действащо от негово име, с цел получаване на облаги по застраховката, като лицето осъществило посочените действия или бездействия, ще бъде предадено на компетентните органи за реализиране на отговорността му, съгласно наказателното законодателство на Република България. Измамливо е всяко действие или бездействие, което въвежда в заблуждение или поддържа съществуващо заблуждение у представители или служители на Застрахователя относно настъпване на застрахователното събитие, или други обстоятелства, които са от значение за възникване на правото да се получи застрахователно плащане.

VII. Обжалване на отказа по застрахователна претенция

46. Възникналите между страните спорове и разногласия по повод на уреждане на застрахователните претенции се уреждат чрез преговори. При непостигане на съгласие между страните, застрахованият или третото ползващо се лице (съгласно застрахователния договор) може да обжалва отказа на Застрахователя, включително размера на застрахователното плащане. Това обжалване може да се извърши както пред органите на Застрахователя, така и спора да бъде отнесен пред компетентния съд, съгласно действащото българско законодателство. Правото на иск пред съда е независимо и самостоятелно, без да е обвързано от процедурата по обжалване пред самия Застраховател.
47. Обжалването на решението на Застрахователя пред неговите вътрешни органи се осъществява от заинтересованото лице с писмена жалба, която се депозира по седалището на Застрахователя.
48. В случаите, когато от лицето бъде подадена жалба пред Застрахователя по повод отказа за застрахователно плащане или по повод неговия размер, същата се разглежда от Централно Управление (ЦУ) на Застрахователя - град София.
49. Към жалбата могат да се приложат писмени доказателства, които не са били представени на Застрахователя по преписката и са относими към застрахователното събитие, причините за настъпването му, основанието и размера на претенцията. В жалбата задължително се посочват:
 - трите имена и адрес на жалбоподателя (съответно фирмено наименование, седалище, адрес на управление и представляващ при юридическите лица), на който ще се изпраща кореспонденцията във връзка с подадената жалба;
 - пълномощно, в случаите когато се подава чрез пълномощник;
 - номер на завеждане на претенцията (съгласно заявлението за нея);
 - първоначалното решение на Застрахователя относно претенцията;
 - възраженията и тяхното основание;
 - искането;
 - подпис на подателя.
50. Жалбата се разглежда от Застрахователя, като същият в 7-дневен срок от постъпването на жалбата, предоставя на ползвателя на застрахователни услуги, в писмена форма, фактическата и правна обосновка на определения размер на обезщетението или отказа за изплащане на такова. По отношение на жалби, които не се отнасят до размера на застрахователното плащане, същите се разглеждат от Застрахователя в 30 (тридесет) дневен срок от получаването.
51. Застрахователят, със своето решение, може:
 - да отхвърли жалбата като неоснователна;

- да уважи жалбата, като:
 - постанови застрахователно плащане;
 - увеличи размера на първоначалното застрахователно плащане.
- 52. Решението на Застрахователя и мотивите към него се съобщават на жалбоподателя с писмо на посочения от него адрес в жалбата.
- 53. Решението, с което се уважава жалбата и се постановява изплащане на застрахователната сума или обезщетение или предоставяне на съответните стоки и услуги, или се увеличава размера на вече определено обезщетение, подлежи на изпълнение.
- 54. В случай, че при преговорите между страните и при последвалото обжалване от страна на застрахованото или ползващото се лице, не бъде постигнато разрешаване на спора, лицето има право на иск по съдебен ред по седалището на Застрахователя, съгласно разпоредбите на Гражданския процесуален кодекс.
- 55. Правата и задълженията по застраховките "Живот", "Злополука" и "Заболяване" се погасяват с 5 (пет) годишна давност от датата на настъпване на застрахователното събитие. Давността спира да тече от датата на прегявяване на претенцията пред Застрахователя до датата на получаването на произнасянето на Застрахователя, съответно до изтичане на максималния срок за произнасяне по чл.108, ал.2 от Кодекса за застраховането, която от двете дати е по-ранна.

VIII. Заключителни разпоредби

- §1. Тези Правила за дейността по уреждане на претенции по застрахователни договори на Застрахователно акционерно дружество "Алианц България Живот" са установени на основание чл.104 от Кодекса за застраховането.
- §2. Настоящите правила не се прилагат за уреждане на претенции за застраховки на големи рискове. За "големи рискове" се приемат рисковете по смисъла на §1, т.31 от Допълнителните разпоредби на КЗ.
- §3. Тези правила са приети на заседание на Съвета на директорите на ЗАД "Алианц България Живот", проведено на 28.06.2006 година и са изменени на заседание на Съвета на директорите, проведено на 11.09.2006 година и на заседание на Съвета на директорите, проведено на 01.08.2016 година.
- §4. Правилата влизат в сила от датата на приемането им.