

## **ВЪТРЕШНИ ПРАВИЛА НА ЗД “БУЛ ИНС” АД ЗА ДЕЙНОСТТА ПО УРЕЖДАНЕ НА ПРЕТЕНЦИИ ПО ЗАСТРАХОВКА “ПОМОЩ ПРИ ПЪТУВАНЕ”**

I. Процедура за установяване на основанието за изплащане на обезщетение, размера на щетата и за приемането на претенции

1) Основание за изплащане на обезщетение възниква при наличието на следните обстоятелства едновременно:

- 1.1. Да е настъпило застрахователно събитие;
- 1.2. Да има застрахователен интерес;
- 1.3. Застрахованият да има валиден застрахователен договор;
- 1.4. Застрахователното събитие да е настъпило в срока на действие на застраховката по представената полица;
- 1.5. Застрахователното събитие да е покрит риск съгласно общите и специалните условия на Застрахователя. Ако е налице изключен риск, не възниква задължение на застрахователя за плащане на обезщетение
- 1.6. Застрахованият да е изпълнил задълженията си по застрахователния договор преди и след настъпване на застрахователното събитие, съгласно разпоредбите на КЗ, Общите условия по тази застраховка и специалните условия на застрахователната полица;
- 1.7. Застрахованият да е уведомил своевременно Застрахователя за настъпването на застрахователното събитие съгласно Общите условия.

2) Уведомяването на Застрахователя или на асистанс компанията за настъпване на застрахователно събитие се извършва в писмена форма в определените за това срокове и начини в Общите условия:

- за застраховки без асистанс не по-късно от 7 /седем/ дни - застрахователя;
- за застраховки с осигурен асистанс не по-късно от 48 часа - асистанс компанията;
- при суми до 150 евро за застраховки с осигурен асистанс съгласно точка 6.5.2.2. от общите условия.

2.1. Когато Застрахованият директно предявява иск за обезщетение от Застрахователя, той попълва уведомление и претенция по образец на Застрахователя.

2.1.1. Уведомлението съдържа данни за:

- застрахования;
- дата, вид и място на събитието;
- описание на обстоятелствата и причините за настъпване на събитие;
- последици за здравето;
- дата на оказана първа медицинска помощ;
- име и адрес на здравното заведение или лекуващия лекар, оказали първа помощ;
- други данни.

2.1.2. Претенцията съдържа:

- списък на представените документи;
- описание на извършените разходи;
- начин на изплащане на застрахователното обезщетение;
- дата и подпис.

2.1.3. Към уведомлението се прилагат всички необходими документи:

- оригинал/копие на застрахователната полица, добавъци и списъци към нея;
- документи, доказващи настъпването на събитието (ако има такива);
- документи за размера на щетата /извършени разходи/ (да се види точка 4).

2.1.4. При получаване на уведомлението за събитие се проверява дали е спазен срока и начина 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/ Експертният съвет 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. 206 ал. 3 и чл. 207 ал. 2 от КЗ се взема решение за застрахователното обезщетение.

2.1.5. При неизпълнението на задълженията по точка 1.6. Експертният съвет преценява дали това е оказало въздействие за настъпването на застрахователното събитие по смисъла на КЗ и взема решение.

2.2. При претенции, предявени чрез асистанс компанията

2.2.1. Застрахованият уведомява асистанс компанията за настъпило събитие и тя изпраща незабавно писмено уведомление на Застрахователя и иска задължително потвърждение на покритието по застрахователната полица съгласно сключения с нея договор. Уведомлението съдържа следните данни:

- № на открития файл/досие на щетата;
- номер на застрахователната полица;
- застрахован – имена, дата на раждане, адрес;
- дата и място на събитието;
- дата на първи контакт с асистанс компанията;
- предварителна информация за вида на събитието - причина и естество;
- очаквани разходи по щетата.

2.2.2. Асистанс компанията потвърждава пред медицинското лице или болницата покритието по полицата и гарантира плащането на извършените във връзка с проведеното лечение разходи.

2.3. При уведомяване за събитие Застрахователят е длъжен:

- да приеме уведомлението за събитие заедно с приложените към него документи от Застрахования или от асистанс компанията
- да провери дали има издадена полица, валидна към датата на събитието;
- да заведе и комплектова преписка /досие/ за щета, ако има застрахователна полица, валидна към датата на събитието. Преписката съдържа всички документи, получени или издавани в хода на ликвидацията.
- да регистрира уведомлението за щета в регистъра на щетите. В регистъра на щетите се вписват: № на щета и дата на завеждане, име на застрахования, № и срок на валидност на застрахователната полица, застрахователна сума, вид, дата и държава на събитието, обезщетение и дата на плащане;
- да предостави на застрахования уведомление за всички изискуеми документи, съдържащо номер на щетата и дата на регистриране в регистъра на щетите;

- всяка писмена претенция, депозирана в дружеството се регистрира с входящ номер и дата;
- първоначалните и/или допълнителни доказателства, които се представят в дружеството се регистрират с дата на получаване и подпис.

3) След завеждане на преписка за щета, компетентният служител извършва следното:

- потвърждава покритие, дати на валидност, лимит на отговорност и териториално покритие на асисанс компанията в най-кратък срок;
- проверява документите, доказващи възникването и размера на щетата;
- при необходимост се изисква допълнителна информация и документи за изясняване на събитието и размера на щетата от застрахования в срок до 45 дни от представяне на доказателствата по точки 2.1.3 и 4 или от асисанс компанията.

4) Основни документи, изисквани от Застрахователя

4.1. Документи при застраховка без асисанс или с асисанс, но при директна претенция на застрахования към застрахователя

4.1.1. общи документи

- уведомление и претенция по образец на застрахователя;
- застрахователна полица – оригинал или копие, ако не е изтекла, при групови застраховки и списък на застрахованите лица;
- протоколи, удостоверяващи обстоятелствата, при които е настъпило застрахователното събитие, издадени от съответните упълномощени органи (полиция, болница, съд и др.);
- копие от страниците на международния паспорт, където е отразено влизането и излизането в Р. България в срока на застраховката;

4.1.2. в зависимост от покрития риск:

4.1.2.1. при медицински разноски

- попълнена, подписана и подпечатана медицинска форма (неразделна част от полицата по застраховки без асисанс) или друг официален медицински документ, съдържащ информация за медицинските прегледи, проведените изследвания, окончателна диагноза и лечение на застрахованото лице;
- медицинско удостоверение /подробна епикриза/, когато в зависимост от конкретния случай такава се изготвя от съответните медицински органи;
- документи за всички проведени изследвания, лечение, рецепти и др.
- оригинални платежни документи (фактура за плащане и касов бон или друго доказателство, че е извършено плащането).

4.1.2.2. при медицинско транспортиране, репатриране или транспортиране на тленни останки

- медицинско заключение за заболяването с точна диагноза;
- официален документ за назначено или разпоредено медицинско транспортиране или репатриране на болен или на тленни останки,
- при репатриране на тленни останки – акт за смърт с лекарска констатация за смъртта или съдебно-медицински документ;
- оригинални платежни документи.

#### 4.1.2.3. при трайна нетрудоспособност:

- 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 или ЗМК за определяне % на трайна загуба на трудоспособност.

#### 4.1.2.4. при смърт:

- 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 съдебно-медицинска експертиза, когато в зависимост от конкретния случай такива се изготвят от медицинските органи;
- други медицински документи.

#### 4.2. Документи при застраховки с асисанс при претенция от асисанс компанията:

- уведомление на застрахователя по точка 2.2.1.;
- подробна епикриза (когато в зависимост от конкретния случай такава се изготвя от медицинските органи),
- проведени изследвания, лечение и други медицински документи, доказващи телесните повреди във връзка с настъпилото събитие;
- официални документи за настъпила злополука (ако има такива);
- оригинални платежни документи;
- фактура и искане за възстановяване на направените разходи или на посредническите такси.

4.2.1. След приключването на всеки месец асисанс компанията изпраща бордеро с висящите щети и посредническите такси за всички щети, заведени през предходния месец. То съдържа: № на открития файл в асисанс компанията, имена на застрахования, дата на раждане, № на полица, дата на събитие, диагноза, размер на висящата щета и на посредническата такса.

На база на полученото бордеро се прави месечна справка за счетоводството за дължимите посреднически такси и се смята резерва за висящи плащания.

4.3. Представянето на посочените по-горе документи се изисква само ако няма правни или нормативни пречки за това.

4.4. Представянето на оригинали на документите се изисква задължително в случаите, когато:

- това е предвидено с нормативен акт
- няма нормативни или правни пречки за това.

4.5. Застрахователят може да приеме копия от исканите документи, в случаите когато са:

- заверени по установения от закона ред;
- заверени от застрахования след направено сверяване с оригинала от служител на застрахователя.

## II. Оценка, определяне и изплащане на застрахователно обезщетение

### 5) След представянето на всички необходими документи по щетата:

5.1. при директна претенция от застрахования се определя размера на дължимото застрахователно обезщетение в зависимост от покрития риск:

5.1.1. при медицински разноски – съгласно реално направените разходи, доказани със съответните документи в рамките на застрахователната сума и съответните подлимити от Общите и специални условия. За застраховки с асистанс без предварително уведомяване на асистанс компанията в рамките на съответните лимити. (в съответствие с чл. 193 ал.2 от КЗ

5.1.2. при медицинско транспортиране по лекарско предписание, репатриране или разходи за транспортиране на тленни останки – съгласно указания подлимит в общите или специални условия, но не повече от застрахователната сума по основното покритие.

5.1.3. при трайна нетрудоспособност - % от застрахователната сума равен на % на загубена трудоспособност, установен с експертно решение на съответния компетентен орган;

5.1.4. при смърт – застрахователната сума.

5.2. при претенция от асистанс 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 оригинални 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.

6) При всички случаи застрахователното обезщетение не може да надвишава, както общия договорен лимит/застрахователна сума, така и съответните подлимити от общите и специални условия по застраховката, освен когато това е предвидено в КЗ или е уговорено между страните

7) Ако се установи противоречие, непълнота или неяснота в представените документи (медицинска форма, медицинско удостоверение, епикриза, изследвания, рецепти и др. подобни) 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 като вид заболяване.

8) 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.

9) Процедурата по ликвидация приключва със съставянето на Доклад по щетата

9.1. Докладът по щетата е основен документ при всяка процедура по ликвидация и съдържа следните данни:

- наименование, № щета и дата на завеждане;
- застрахован;
- вид на щетата/застраховката;

- застрахователна полица и срок на застраховката;
- застрахователна сума;
- вид, дата и държава на събитието;
- приложени документи;
- констатации и основание на застрахования да получи обезщетение или на асистанс компанията да бъдат възстановени направените от нея разходи;
- размер на определеното обезщетение или суми за възстановяване;
- начин на плащане на обезщетението и име на лицето, което получава обезщетението при директна претенция от застрахования;
- име, референция и пълни банкови реквизити на асистанс компанията при претенция от нея;
- дата на издаване, име, фамилия и подпис на служителя от ликвидацията, съставил документа;
- подпис на директора.

9.2. В случаите, когато няма основание за изплащане на обезщетение съгласно Общите условия, Експертният съвет може да реши изплащане на обезщетение като екстрация.

10) Изплащане на обезщетение/възстановяване на направени разходи и посреднически такси

10.1. Обезщетението се изплаща след представяне на всички необходими документи, доказващи основанието и размера на претенцията:

- в 15-дневен срок от представянето им на Застрахования или на законните наследници в зависимост от случая в брой на касата на дружеството или по банков път в зависимост от указания от тях начин в претенцията и в съответствие с нормативните изисквания;
- в 30-дневен срок от получаването на искането на асистанс компанията по банков път.

10.2. Обезщетението на лица в България се изплаща в български лева, като валутните разходи се преизчисляват в лева по централния валутен курс на БНБ за деня на плащането. На медицински заведения в чужбина разходите се заплащат във валута. На асистанс компанията разходите се изплащат в евро.

10.3. Размерът на застрахователното обезщетение се предлага от служителя поликвидацията при съставяне на доклада по щетата и се одобрява и изплаща в рамките на 15-дневния срок от представянето на всички доказателства:

- при обезщетения до 2 000 евро без асистанс – от директора;
- при обезщетения над 2 000 евро без асистанс – от Експертен съвет;
- при обезщетения до 5 000 евро с асистанс – от директора;
- при обезщетения над 5 000 евро с асистанс – от Експертен съвет.

10.4. Изплатеното обезщетение/възстановени разходи (без посреднически такси) се отбелязва в регистъра на щетите.

10.5. Посредническите такси се плащат отделно – съгласно сключения договор.

11) 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.

12) При отказ за изплащане на обезщетение в 15-дневен срок от представяне на всички документи по щетата се пише писмо до Застрахования с мотивите за отказа и досието на щетата се прилага към архив.

### III. Процедура за разглеждане на подадените жалби

#### 13) Регистрация на подадените жалби

13.1. Жалбите се завеждат с входящ номер и дата на получаването им в дружеството всеки работен ден;

13.2. Жалбите се докладват от секретарката на Изпълнителния директор или Председателя на Съвета на директорите в деня на депозирането им

#### 14) Проверка на жалбите

14.1. Изпълнителният директор или Председателят на Съвета на директорите след запознаване със съдържанието на жалбите, същия ден ги предават с резолюция до съответните служители за изготвяне на писмени становища

14.2. Изпълнителният директор или Председателят на Съвета на директорите определят в резолюцията срокове за подготовка на становищата на служителите:

- за жалби при обичайните случаи – от 3 до 5 дни;
- за жалби при сложни случаи – до 10 дни.

#### 15) Разглеждане на писмените становища на служителите

15.1. В определените по-горе срокове служителите докладват подготвените си становища в писмен вид.

15.2. При по-сложни случаи, разглеждането на становищата се съгласува с юристите.

#### 16) Отговор на жалбите

16.1. След разглеждане на подготвените становища по жалбите се подготвят отговори в следните срокове:

- за обичайните случаи до 3 дни от разглеждането;
- за сложните случаи до 7 дни от разглеждането.

16.2. Писмените отговори се подписват от Изпълнителния директор или Председателя на СД и се извеждат с изходящ номер.

16.3. Застрахователят изпраща писмен отговор на жалбата най-късно в срок до 30 дни от депозирането ѝ.

### IV. Общи положения и особености

17) При обезщетение на медицински разноски за лечение, чужда помощ и други без ползването на асистанс компания се изискват доказателства за необходимостта на тези разходи и действителното им извършване съгласно точка 4.

18) Правата по застрахователния договор в зависимост от вида на застрахователното събитие се погасяват както следва:

- за събитие по основното покритие – с 3 /три/ годишна давност
  - за събитие по допълнителното покритие – с 5 /пет/ годишна давност
- от датата на настъпване на застрахователното събитие

19) Вътрешните правила подлежат на актуализация при промени в:

- законодателството;
- застраховката;
- асигурителната компания или сключения асигурителен договор;
- презастраховането;
- структурата на дружеството.

Настоящите Вътрешни правила за дейността по уреждане на претенции по застраховка "Помощ при пътуване" са приети от Съвета на директорите на ЗД "БУЛ ИНС" АД на 29.06.2006 г. и са изменени и допълнени на 11.09.2006г. с решение на Съвета на директорите.