

ВЪТРЕШНИ ПРАВИЛА НА ЗД “БУЛ ИНС” АД ЗА ДЕЙНОСТТА ПО УРЕЖДАНЕ НА ПРЕТЕНЦИИ ПО ЗАСТРАХОВКА “ЗЛОПОЛУКА”

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 за настъпване на застрахователно събитие се извършва в писмена форма в определения за това срок в Общите условия. Застрахованият попълва уведомление и претенция по образец на застрахователя.

2.1. Уведомлението съдържа данни за:

- застрахования; телефон за контакт
- дата и вид 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.

2.2. Претенцията съдържа:

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

2.3. Към уведомлението се прилагат всички необходими документи:

- оригинал/копие на застрахователната полица, добавъци и списъци към нея;
- документи, доказващи настъпването на събитието (да се види точка 3);
- документи за размера на щетата /извършени разходи/ (да се види точка 3).

2.4. При получаване на уведомлението за събитие се проверява дали е спазен срока за уведомление, указан в Общите условия. При неспазване на срока за уведомяване застрахованият дава писмено обяснение. При наличието на обективни причини /здравно и медицинско състояние, форсмажор от различно

естество/ за това 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.

2.5. 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.

2.6. При уведомяване за събитие Застрахователят е длъжен:

- да приеме уведомлението за събитие и претенцията заедно с приложените към тях документи;
- 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, получавани 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 и дата 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) Основни документи, изисквани от застрахователя в зависимост от:

3.1. вида на събитието

3.1.1. при трудова злополука:

- декларация за трудова злополука по чл. 3 ал. 4 от Наредбата за установяване, разследване, регистриране и отчитане на трудовите злополуки.
 - протокол за разследване на обстоятелствата на злополуката по чл. 10 ал. 1 от Наредбата за установяване, разследване, регистриране и отчитане на трудовите злополуки, ако е съставен такъв.
 - разпореждане на съответното териториално поделение на НОИ по чл. 60 ал. 1 от КСО за приемане на злополуката за трудова
- или други официални документи, валидни към датата на злополуката
- Подписан документ от пострадалото лице, че е инструктирано и обучено по безопасните методи на работа в предприятието.

3.1.2. при ПТП – протокол от КАТ;

3.1.3. при друг вид злополука – други документи, доказващи настъпването на събитието;

3.1.4. независимо от вида на събитието се представят следните документи:

- служебна бележка за лицето, че е служител на работодателя към датата на настъпване на събитието;
- заверено копие от трудов договор.

3.2. покрития риск

3.2.1. при временна нетрудоспособност:

- болничен лист или друг официален медицински документ, доказващ продължителността на временната нетрудоспособност;
- епикриза;
- амбулаторен лист за извършен преглед или копие от личен амбулаторен картон;
- медицински документи за проведени изследвания, прегледи, манипулации, рецепти и други.

3.2.2. при трайна нетрудоспособност освен документите по точка 3.2.1. и:

- експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК или ЗМК за определяне % на трайна загуба на трудоспособност.

3.2.3. при смърт:

- акт за смърт;
- медицинско свидетелство за смърт;
- 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;
- други медицински документи.

3.2.4. при допълнително покритие– подробни фактури за направените разходи

3.3. общи документи

- уведомление и претенция по образец на застрахователя;
- застрахователна полица и добавъци към нея – оригинал или копие, ако не е изтекла, при групови застраховки и списък на застрахованите лица.

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

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

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

3.6. 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

- 4) След получаване на уведомлението компетентният служител проверява дали са налице обстоятелствата по точка 1 и основните документи по точка 3:
- при наличие на обстоятелства по точка 1 се проверява достоверността и пълнотата на отговорите на застрахования относно обстоятелствата, за които застрахователят е поставил писмен въпрос. В случай, че се установи съзнателно неточно обявяване или премълчаване на съществени обстоятелства, се преценява, дали те са в причинна връзка с настъпването на застрахователното събитие. Ако това обстоятелство е оказало въздействие при настъпването на събитие, застрахователят може да откаже плащане или намали размера на обезщетението.
 - при необходимост се изисква от застрахования допълнителна информация и документи за изясняване на събитието и размера на щетата в срок до 45 дни от представяне на доказателствата по точки 2.3. и 3.

II. Оценка, определяне и изплащане на застрахователно обезщетение

- 5) След представянето на всички необходими документи се определя размера на дължимото застрахователно обезщетение, както следва:

5.1. при временна нетрудоспособност в зависимост от броя на дните съгласно Общите условия

- при продължителност от 21 до 30 дни – 5% от застрахователната сума
- при продължителност над 31 дни – 10% от застрахователната сума;

и съгласно договореното в специалните условия.

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

5.3. при смърт – съгласно Общите и Специални условия – договорената застрахователната сума.

- 6) При всички случаи застрахователното обезщетение не може да надвишава договорения лимит, освен когато това е предвидено в КЗ или е уговорено между страните. При определяне на застрахователното обезщетение се вземат пред вид, както застрахователната сума за 1 лице, така и общата застрахователна сума по полицата.
- 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, в който е определен размера на застрахователното обезщетение.

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

- наименование, № на щета и дата на завеждане;
- застрахован;
- вид на щетата/застраховката;
- застрахователна полица и срок на застраховката;
- застрахователна сума;
- вид и дата на събитието;
- приложени документи;
- констатации и основание на застрахования да получи обезщетение;
- размер на определеното обезщетение;
- начин на плащане на обезщетението и име на лицето, което получава обезщетението;
- 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

10.1. Застрахователното обезщетение се изплаща в срок 15 /петнадесет/ дни от представянето на всички необходими документи, доказващи основанието и размера на претенцията:

- на Застрахования или на законните наследници/ползващо лице 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.

10.2. Обезщетението се изплаща в български лева. При договорени лимити във валута дължимото обезщетение се изплаща в лева по централния валутен курс на БНБ за деня на плащането.

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

- при обезщетения до 5 000 лева – от директора;
- при обезщетения над 5 000 лева – от експертен съвет.

10.4. Изплатеното обезщетение се отбелязва в регистъра на щетите.

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) Застрахователят плаща обезщетение и в случаите, когато застрахованият е получил обезщетение от лицето, причинило вредата или от друг застрахователен договор.

18) След изплащане на обезщетение застрахователят не може да встъпи в правата на застрахования срещу лицето, причинило събитието.

19) Правата по застрахователния договор се погасяват с 5 /пет/ годишна давност от датата на настъпване на застрахователното събитие.

20) Вътрешните правила подлежат на актуализация при промени в:

- законодателството;
- застраховката;
- презастраховането;
- структурата на дружеството.

Настоящите Вътрешни правила за дейността по уреждане на претенции по застраховка “Злополука” 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.