

В Ъ Т Р Е Ш Н И П Р А В И Л А

ЗА

**ДЕЙНОСТТА ПО УРЕЖДАНЕ НА ПРЕТЕНЦИИ ПО
ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ ДОГОВОРИ, СКЛЮЧВАНИ**

ОТ

“ГРАВЕ БЪЛГАРИЯ

ЖИВОТОЗАСТРАХОВАНЕ” ЕАД

град София

Чл. 1. Общи положения

- (1) Настоящите “Вътрешни правила за дейността по уреждане на претенции по застрахователни договори“, сключвани от “ГРАВЕ България Животозастраховане” ЕАД (наричано по-долу за краткост „Застраховател“), посочени по-долу като “Вътрешни правила”, регламентират процедурите, по които Застрахователят:
 - приема претенциите по застрахователните договори;
 - събира доказателствата за установяване на основанието и размера на претенцията;
 - извършва оценка на причинените вреди;
 - определя размерите на застрахователното плащане;
 - извършва разплащанията с ползвателите на застрахователни услуги; и
 - разглежда и решава жалби, подадени от тях.
- (2) Тези Вътрешни правила са приети на основание чл.104, ал.1 от Кодекса за застраховането и имат за цел гарантиране правата на ползвателите на застрахователни услуги за бързо, прозрачно и справедливо уреждане на техните претенции.
- (3) Правилата са публични, достъпни са на интернет страницата на Застрахователя, както и в местата, където последният извършва дейност.
- (4) Застрахователят предоставя застрахователна защита при настъпване на конкретен риск, предвиден в застрахователния договор.

Чл. 2. Завеждане на претенции от ползвателите на застрахователни услуги

- (1) Ползвателят на застрахователни услуги, който желае да предяви претенция за изплащане на застрахователна сума/обезщетение от Застрахователя, е длъжен да уведоми Застрахователя за настъпването на застрахователното събитие. Уведомлението трябва да се направи в следните срокове:
 - 1.1 при смърт или определено тежко заболяване на застраховано лице – в срок до 5 дни от настъпването/диагностицирането;
 - 1.2 при злополука със застраховано лице – в срок до 5 дни от настъпването;
 - 1.3 при смърт от злополука на застраховано лице – в срок до 24 часа от настъпването;
 - 1.4 при неработоспособност (в случаите на допълнителна застраховка за освобождаване от плащане на премии при неработоспособност) – в срок до 4 седмици след изтичане на 42-дневния период на непрекъсната неработоспособност.
- (2) Уведомлението по ал. 1 трябва да се направи писмено на адреса на управление на Застрахователя. Ако писменото уведомление не може да се изпрати в съответния срок, уведомяването може да се извърши по телекс, телефакс, e-mail или телефон.
- (3) Претенцията се предявява в писмена форма, като се попълва формуляр по образец на Застрахователя, с приложени документи, удостоверяващи настъпването на събитието, последиците от него и правото на претендиращия да получи застрахователната сума/обезщетение.
- (4) Претенцията се подава лично от правоимащия (застраховател / застрахован / ползващо лице) или негов упълномощен представител. В случай, че

правоимащото лице е непълнолетно или недееспособно, претенцията се подава от законния му представител.

- (5) Лицето е длъжно с предявяването на претенцията да предостави пълни и точни данни за банковата сметка, по която да се извършат плащанията от страна на Застрахователя.
- (6) Претенцията се подава в срока, предвиден в приложимите общи или специални застрахователни условия и съобразно изискванията на Кодекса за застраховането.
- (7) Застрахователят удостоверява датата на всяка заведена претенция, както и регистрира датата на последващо получаване на всеки документ по нея. Застрахователят удостоверява посочените обстоятелства и пред лицето, заявило претенцията, като му предоставя номер на претенцията и дата на завеждане на претенцията / допълнително предоставен документ по вече заведена претенция.

Чл. 3. Събиране на доказателства за установяване основанието и размера на претенциите

- (1) За установяване основанието и размера на претенциите, Застрахователят уведомява оправомощеното лице за доказателствата, които трябва да представи (изброяването е примерно):

1.1 В случай на смърт:

- 1.1.1. писмена претенция по образец на Застрахователя (формуляр № 2);
- 1.1.2. акт за смърт / констативен протокол (само при смърт от злополука);
- 1.1.3. съобщение за смърт;
- 1.1.4. лична амбулаторна карта, респ. медицинска история под формата на извлечение от електронен регистър;
- 1.1.5. доклад на личния лекар върху формуляр на Застрахователя;
- 1.1.6. други документи, доколкото са относими – протокол за аутопсия, протокол за ПТП, акт за трудова злополука и др.;
- 1.1.7. застрахователната полица (оригинал);
- 1.1.8. удостоверение за наследници;
- 1.1.9. номер на банковата сметка, по която следва да се изплати застрахователната сума/обезщетението;
- 1.1.10. копие от документ за самоличност на ползващите се лица.

1.2 В случай на диагностициране на определено тежко заболяване, хирургическа операция или болничен престой:

- 1.2.1 писмена претенция по образец на Застрахователя (формуляр № 4);
- 1.2.2 лична амбулаторна карта, респ. медицинска история под формата на извлечение от електронен регистър;
- 1.2.3 доклад на личния лекар върху формуляр на Застрахователя;
- 1.2.4 застрахователната полица (оригинал) – само при определено тежко заболяване;
- 1.2.5 номер на банковата сметка, по която следва да се изплати застрахователната сума/обезщетението;
- 1.2.6 копие от документ за самоличност на ползващите се лица.

1.3 В случай на трайно загубена или трайно намалена работоспособност (трайно увреждане) вследствие на злополука

- 1.3.1 писмена претенция по образец на Застрахователя (формуляр № 1);
- 1.3.2 медицински документ за оказаната първа помощ непосредствено след злополуката;

- 1.3.3 пълна документация за проведеното лечение и/или рехабилитация (епикризи, болнични и амбулаторни листове);
 - 1.3.4 окончателен доклад на лекуващ лекар върху формуляр на Застрахователя;
 - 1.3.5 карта за измерване обема на движение;
 - 1.3.6 при ампутация – (рентгенови) снимки;
 - 1.3.7 номер на банковата сметка, по която следва да се изплати застрахователната сума/обезщетението;
 - 1.3.8 копие от документ за самоличност на ползващите се лица.
- (2) Оправомощеното лице е длъжно да представи всички документи като заверени копия на оригиналните такива. Оригиначните документи могат да се изискат от Застрахователя за сравнение на представените заверени копия, в случаите когато заверката на документите не е нотариална. След извършване на сверяването, оригиналните документи се връщат от Застрахователя на оправомощеното лице.
- (3) За установяване на застрахователното събитие и на вредите, причинени от него Застрахователят има право да получи необходимата информация, съхранявана от органите на Министерството на вътрешните работи, разследващите органи, другите държавни органи, личния лекар, лечебните и здравните заведения и от лицата, които имат право да удостоверяват настъпването на обстоятелства, както и заверени преписи от документи.
- (4) Цялата информация, необходима на Застрахователя за установяване на основанието и размера на претенцията, трябва да му се предостави изцяло и правдиво.
- (5) Застрахователят може да изисква допълнителни доказателства само в случай че необходимостта от тях не е можела да бъде предвидена към датата на завеждане на претенцията и най-късно в срок 45 дни от датата на представяне на първоначално изисканите доказателства.
- (6) 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.

Чл. 4. Оценяване на вредите, резултат от застрахователно събитие

- (1) Причинените от застрахователното събитие вреди се оценяват от Застрахователя на база представените от оправомощените лица доказателства съобразно относимите за конкретната застраховка общи и специални застрахователни условия.
- (2) При застрахователни събития и последици от тях, за които е необходимо медицинско становище, преписката се представя за оценка на медицински експерт на Застрахователя. Предоставеното от медицинския експерт становище се прилага към преписката.
- (3) За оценка на процента на трайно загубена или трайно намалена работоспособност (трайно увреждане) вследствие на злополука, се определя срок за стабилизиране на неработоспособността до една година от датата на злополуката, освен ако

процентът на трайно изгубена или намалена работоспособност може да се установи еднозначно от медицинска гледна точка.

- (4) В случай на различни мнения за вида и размера на последствията от злополуката, или за това, до каква степен настъпилото увреждане е причинено вследствие на застрахователното събитие, също и за влиянието на болест или недъг върху последствията от злополуката, се произнася лекарска комисия в съответствие с чл. 39 от Общите застрахователни условия

Чл. 5. Определяне размера на застрахователното плащане

- (1) Размерът на застрахователната сума / обезщетение се определя от Застрахователя в границите на определената със застрахователния договор застрахователна сума и съобразно вида и характера на настъпилото застрахователно събитие.
- (2) При определяне на срок за стабилизиране на неработоспособността, съгласно Общите застрахователни условия на „ГРАВЕ България Животозастраховане“ ЕАД, Застрахователят определя и изплаща в срока по чл. 6, ал. 1 от настоящите Вътрешни правила предварителна сума в размер, който не може да бъде по-малък от минималния безспорен размер на плащането.

Чл. 6. Извършване на разплащания с ползвателите на застрахователни услуги

- (1) Застрахователят определя и изплаща размера на застрахователната сума/обезщетението или мотивирано отказва плащане, в срок до 15 /петнадесет/ работни дни от приключването на всички необходими проучвания и от получаването на всички необходими документи за установяване на застрахователното събитие, основанието и размера на претенцията.
- (2) Когато не са представени всички доказателства по чл. 3 от настоящите Вътрешни правила, Застрахователят е длъжен да се произнесе по един от начините по ал. 1 не по-късно от 6 месеца от датата на предявяването на претенцията.
- (3) Плащането от Застрахователя се извършва по банков път, по предварително посочена от оправомощеното лице банкова сметка. Преводът на сумата се извършва за сметка на неговия получател. Непредоставянето на данни за банковата сметка от страна на лицето, което желае да получи застрахователно плащане, има последиците на забава на кредитора по отношение на плащането, като застрахователят не дължи законна лихва за забава върху застрахователното плащане.
- (4) В случай че застрахователната сума/обезщетението ще се изплаща на лице, различно от лицето, имащо право да получи съответното плащане, пред застрахователя следва да се предостави изрично писмено пълномощно с нотариална заверка на подписите за съответната застрахователна претенция или плащане, по силата на което пълномощникът се упълномощава да получи плащането и в което се съдържа изявление, че ползвателят на застрахователни услуги (упълномощителят) е уведомен, че има право да получи плащането лично.
- (5) Дължимите по закон данъци са за сметка на облагодетелстваното лице.

Чл. 7. Разглеждане на жалби, подадени от ползвателите на застрахователни услуги

- (1)** Ползвателите на застрахователни услуги могат да обжалват всички решения, засягащи техните права. В съответствие с чл. 324, ал. 1, т. 4 от Кодекса за застраховането, достатъчно време преди сключване на застрахователен договор, както и в случай на деклариран интерес от подаване на жалба, Застрахователят уведомява ползвателите на застрахователни услуги за реда за подаване на жалби съгласно настоящите правила за уреждане на претенции, както и че същите са публикувани на електронната му страница: <https://www.grawe.bg/zakonova-ramka/>. Жалбите се подават в писмена форма (на хартиен носител или по електронен път), като към тях може да се прилагат само писмени доказателства. Жалба може да бъде подадена във всеки офис на Застрахователя, както и на имейл: office@grawe.bg. Подаването на жалба е безплатно за заинтересованите лица.
- (2)** Жалбата следва да съдържа имена и данни за контакт на жалбоподателя, номер на полица (ако е относимо), предмет на жалбата и конкретно искане към Застрахователя. Липсата на някой от изброените реквизити не може да доведе до недопустимост за разглеждане на жалбата, освен в случаите, в които не са предоставени данни за обратна връзка с жалбоподателя. На получената от Застрахователя жалба се дава входящ номер и дата на получаване, които се съобщават на жалбоподателя в съответствие с предоставените данни за контакт.
- (3)** Жалбите се разглеждат от Комисия по жалбите, в състав: член на Управителния съвет, юрисконсулта на дружеството и началник на отдела, чиито действия се обжалват. Не се допуска участието на служител, срещу когото е отправена определена жалба, при вземането на решение по нея (той има възможност да даде становище по случая), както и не се допуска участието на лице, което е участвало при разпространението на застрахователния продукт, съответно при уреждането на претенцията, за които се отнася жалбата. Справедливото разглеждане на жалбите, както и идентифицирането и избягването на евентуални конфликти на интереси са регламентирани в Политика за управление на жалбите на „ГРАВЕ България Животозастраховане“ ЕАД.
- (4)** При жалба от ползвател на застрахователни услуги относно размера на определеното обезщетение Застрахователят е длъжен в 7-дневен срок писмено да му предостави фактическа и правна обосновка на определения размер на обезщетението.
- (5)** Извън случаите по ал.4 по-горе, Комисията по жалбите се произнася в едномесечен срок по основателността на жалбата с решение, което е окончателно и подлежи на изпълнение.
- (6)** Обжалването на действията и актовете на Застрахователя пред неговите органи не засяга правото на иск по съдебен ред на ползвателя на застрахователни услуги. Това право е самостоятелно и се упражнява по реда на Гражданско-процесуалния кодекс, съгласно действащото българско законодателство.

Заклучителни разпоредби

§1. Тези Вътрешни правила за дейността по уреждане на претенции по застрахователни договори, сключвани от „ГРАВЕ България Животозастраховане“ ЕАД са установени на основание чл.104 от Кодекса за застраховането.

§2. Настоящите Вътрешни правила са приети от Управителния съвет на „ГРАВЕ България Животозастраховане“ ЕАД на заседание, проведено на 26.06.2006 год. Правилата влизат в сила от 30.06.2006 г. Същите са изменени и допълнени с решение на Управителния съвет от 01.09.2010г., с решение на Управителния съвет от 01.12.2011г. , с решение на Управителния съвет от 22.12.2020 г. и с решение на Управителния съвет от 04.02.2022 г.

§3. Промени и допълнения в настоящите Вътрешни правила могат да бъдат извършвани по реда на тяхното приемане.