

ВЪТРЕШНИ ПРАВИЛА
ЗА ДЕЙНОСТТА ПО УРЕЖДАНЕ НА ПРЕТЕНЦИИ ПО
ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ ДОГОВОРИ
ПО ЧЛ. 104 ОТ КОДЕКСА ЗА ЗАСТРАХОВАНЕТО

I. ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Вътрешните правила за дейността по уреждане на претенции по застрахователни договори на Застрахователно и презастрахователно акционерно дружество /ЗПАД/ “ДЗИ – Общо застраховане”, наричани по-нататък Правилата, уреждат процедурите, по които дружеството приема претенциите по застрахователните договори, събира доказателствата за установяване на техните основания и размер, извършва оценка на причинените вреди, определя размерите на обезщетенията, извършва разплащанията с потребителите и разглежда жалби, подадени от тях.

2. Правилата се прилагат по всички видове и подвидове застраховки на Застрахователно и презастрахователно акционерно дружество /ЗПАД/ “ДЗИ – Общо застраховане”, наричано по-нататък Дружеството или Застрахователя, с изключение на случаите, указани по-долу.

3. Правилата не се прилагат за уреждане на претенции за застраховки на големи рискове по смисъла на § 1, т. 29 от Допълнителните разпоредби на Кодекса за застраховането, .

4. Правилата се прилагат в съответствие със закона и имат за цел да гарантират правата на потребителите за бързо, прозрачно и справедливо уреждане на техните претенции.

5. Въз основа на настоящите правила и като неразделна част от тях се разработват и приемат Технически указания за ликвидацията по видовете и подвидовете застраховки по т.2. /наричани указания, методики, правила, процедури и др./, с които се конкретизират етапите на ликвидацията, специфичните и особености с оглед всеки вид, респ. подвид застраховка, с цел синхронизиране и уеднаквяване на работата във всички поделения на Дружеството.

II. ПРИЕМАНЕ НА ПРЕТЕНЦИИ ПО ЗАСТРАХОВАТЕЛНИТЕ ДОГОВОРИ

6. При настъпване на застрахователно събитие застрахованият, увреденият или третото ползващо лице, наречен по-долу молител, уведомява застрахователя и/ или предявява претенция чрез подаване на писмено уведомление за щета (по образец), в сроковете предвидени в закона и застрахователния договор.

6.1. Писменото уведомление за щета се подава в териториалното поделение на дружеството, в което е издадена застрахователната полица или в района, на което е настъпило застрахователното събитие.

6.2. Към уведомлението за щета застрахованият и/ или увреденият представя в оригинал или като заверено за вярност с оригинала копие следните документи :

6.2.1. Застрахователна полица ;

6.2.2. Документи, легитимиращи молителя като потребител на застрахователната услуга;

6.2.3. Документи, удостоверяващи застрахователното събитие и обстоятелствата по настъпването му;

6.2.4. Документи, доказващи претърпените вреди, техния размер и причинната им обусловеност от събитието;

6.2.5. Документи и данни относно регресните права на застрахователя;

6.2.6. Банкова сметка на името на молителя;

6.2.7. Пълномощно, в случай, че щетата се завежда чрез пълномощник. Пълномощното за получаване на парична сума следва да бъде писмено с нотариална заверка на подписа

7. При приемане на уведомлението за щета, служителят на застрахователя е длъжен:

7.1. Да даде пояснения относно попълването на уведомлението;

7.2. Да провери за пълното и точно записване на данните в него;

7.3. Да уведоми писмено молителя за всички доказателства, които е необходимо да представи за установяване на основанието и размера на претенцията си.

7. 4. Да открие преписка въз основа на представените документи и да я заведе в регистър на щетите с номер, образуван по утвърден алгоритъм и даващ информация за вида застраховка, поделението на застрахователя, сключило договора, годината на издаването му и пореден номер.

“ДЗИ -ОБЩО ЗАСТРАХОВАНЕ”

7.4.1. В регистъра на щетите задължително се вписват следните данни:

- номер на щетата и дата на уведомлението;
- номер на застрахователната полица;
- име или фирма на застрахования;
- дата на застрахователно събитие;
- име или фирма на молителя;
- пострадало имущество;
- експерт, ликвидиращ щетата;
- № и дата на решението за плащането, платежния документ или писмото за отказ
- размер на изплатеното обезщетение;
- забележка.

7.5. Всички документи, представени при предявяване на претенцията, получени допълнително или съставяни от Застрахователя, се описват по реда на постъпването и съставянето им.

7.6. Да определи дата за оглед на увреденото имущество или заседание на комисия за освидетелстване на увредените лица, ако такива са необходими.

7.7. Да удостовери всяка заведена претенция, като даде на молителя разписка с входящия номер и датата на приемане на претенцията, и списък с изискуемите от застрахователя документи, при връчването на които молителят саморъчно изписва върху уведомлението за щета текст “Приемам, че съм длъжен да допусна застрахователя за извършване на оглед на увреденото имущество и да представя исканите от застрахователя, в съответствие с чл. 105 от Кодекса за застраховането, документи”, или се подписва под такъв текст, с дата и подпис.

7.8. Да регистрира щетата в информационната система в деня на завеждането ѝ и да въведе размер на висящото плащане по оценка на база описаните в документите вреди или претендираната сума от Застрахования. На всеки етап на обработка на щетата размерът на висящото плащане се актуализира. В преписката по щетата се прилага разпечатка на цялата информация от софтуера по дадената полица, включваща внесени застрахователни премии и изплатени до момента обезщетения.

7.9. Незабавно да уведоми - по телефон, факс или e-mail главната агенция, към която принадлежи агенцията или офиса, в който е предявена претенцията. Главните агенции следва да уведомят съответната браншова дирекция в

Централно управление за заведени щети в случаите, посочени в техническите указания по вида застраховка.

III. СЪБИРАНЕ НА ДОКАЗАТЕЛСТВА ЗА УСТАНОВЯВАНЕ ОСНОВАНИЕТО НА ПРЕТЕНЦИИТЕ И РАЗМЕРА НА ВРЕДИТЕ

8. Доказването на щетата по основание и размер е задължение на лицето, което търси обезщетение. То 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 лицата, които имат право да удостоверяват настъпването на обстоятелства, както и заверени преписи от документи. Когато исканата информация е част от материалите по предварителното производство, прокурорът разрешава достъпа до нея.

9. Когато молителят е увредено лице по застраховки "Гражданска отговорност" или трето ползващо се лице по други застраховки, застрахователят го уведомява за доказателствата, които то трябва да представи за установяване на основаниято и размера на претенцията си. Застрахователят може да изиска допълнителни доказателства, 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 доказателствата, изискани при завеждане на претенцията.

10. Когато молителят е страна по застрахователния договор, Застрахователят го уведомява за допълнителните доказателства най-късно в срок 45 дни от представянето на доказателствата, определени с договора и настоящите правила, които не са били предвидени в застрахователния договор при сключването му, и които са необходими за установяване на основаниято и размера на неговата претенция.

11. Точки 9 и 10 не се прилагат в дейността по уреждане на претенции по застраховки на големи рискове.

12. Не се допуска изискване на доказателства, с които молителят 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.

13. Когато Застрахованият представя копия на документи, той следва да удостовери верността им с оригиналите и да ги завери с подписа си. В особени случаи може да се изиска и нотариална заверка. Застрахователят не може да откаже (освен когато нормативен акт изрично предвижда представянето на документ в оригинал) приемането на копия от документи, заверени по

“ДЗИ -ОБЩО ЗАСТРАХОВАНЕ”

установения от закона ред, както и копия от документи, заверени от потребителя след направено сверяване с оригинала от служител на Застрахователя.

14. За установяване основателността на предявената претенция и размера на вредите, Застрахователят също има право, съгласно чл. 106 от Кодекса за застраховането, да изисква и получава информация от държавни органи и трети лица.

15. При набиране на информация чрез анкета лицата се идентифицират с трите им имена, ЕГН, адрес и данни от личната карта.

IV. ОЦЕНКА НА ПРИЧИНЕНИТЕ ВРЕДИ

16. Установяването на имуществените вреди се извършва чрез оглед на увреденото имущество и/или въз основа на информацията, получена от събраните доказателства по реда на раздел III. Събиране доказателствата за установяване основанието и размера на вредите.

17. Установяването на неимуществените вреди се извършва чрез освидетелстване на увреденото лице от застрахователно-медицинска комисия на Застрахователя или ТЕЛЖ и въз основа на информацията, получена от събраните доказателства по реда на раздел III. Събиране доказателствата за установяване основанието и размера на вредите.

18. Огледът и описанието на вредите се извършва от комисия в състав: представител на Застрахователя, независимо вещо лице – експерт в съответната област според вида застраховка и молителя или негов представител. Вещите лица, необходими за извършване на огледа, се осигуряват от Застрахователя за негова сметка.

19. Огледът и оценката на причинените вреди се извършват в сроковете, предвидени в закона, застрахователния договор и техническите указания по т. 5, съобразно характера и вида на вредите, и периода на тяхното проявление.

20. При извършването на оглед молителят е длъжен да осигури свободен достъп на комисията до увредените имущества, както и до източника на щетата. Неизпълнението на това задължение се отбелязва в протокола.

21. За резултатите от огледа се изготвя протокол с опис на щетите в два идентични екземпляра, съдържащ детайлно описание на причинените вреди, който се подписва от всички членове на комисията. Единият екземпляр остава за Застрахователя, другият (копието) се връчва на молителя. Ако молителят има забележки или не е съгласен с някоя от констатациите, той може да подпише протокола с особено мнение.

22. При несъгласие от страна на молителя със заключението на вещото лице, той може да назначи второ вещо лице от свое име и за своя сметка. При

“ДЗИ -ОБЩО ЗАСТРАХОВАНЕ”

съществени разлики в двете оценки се назначава трето вещо лице - арбитър, одобрено и от двете страни. Разходите за вещото лице - арбитър се поделят поравно между страните, а направената оценка е окончателна за двете страни.

23. В протокола за оглед застрахователят може да даде препоръки за ограничаване на щетите, тяхното отстраняване и за по-нататъшното съхранение и разпореждане с увреденото имущество.

V. ОПРЕДЕЛЯНЕ РАЗМЕРА НА ОБЕЗЩЕТЕНИЕТО

24. Стойностната оценка на причинените вреди и размера на обезщетението се определят на база установените методи в застрахователния договор и съгласно Техническите указания за ликвидация по видовете, респ. подвидовете застраховки.

25. Размерът на обезщетението се определя към датата на настъпване на застрахователното събитие,

26. При всички щети, независимо от договорената база за определяне на застрахователната сума, следва да се провери има ли наличие на подзастраховане или надзастраховане и при установяването им - да се приложи правилата на закона и договора.

27. От размера на дължимото обезщетение се приспада договореното самоучастие.

28. Сумата от всички изплатени и дължими обезщетения през застрахователния период за даден обект не може да надхвърля застрахователната сума/ респ. лимит на отговорност по полицата.

29. 1. В срок 15 дни от представянето на всички поискани за установяване основанието и размера на вредите доказателства застрахователят трябва:

29.1. 1. да определи и изплати обезщетението или застрахователната сума, или

29.1. 2.1. мотивирано да откаже плащането.

29.1.2.2. Претенции, по отношение на които е изтекла погасителната давност, се отказват писмено.

29.2. Срокът по т.29.1. не се прилага в дейността по уреждане на претенции по застраховки на големи рискове.

30. Решението по щетата се взема от съответното ниво на компетентност на застрахователя, определено с Технически указания за ликвидацията по съотв. вид/ подвид застраховка или с друг акт на застрахователя. Решенията се одобряват от

“ДЗИ -ОБЩО ЗАСТРАХОВАНЕ”

законните представители на дружеството или техни пълномощници като окончателни. Застрахованият се уведомява за решението, след като същото бъде одобрено по описания по-горе ред.

31. Окончателното решение по щетите се оформя в ликвидационен акт.

32. За щетите, по които предстои изплащане на обезщетение, се извършва проверка за спазване изискванията на Закона за мерките срещу изпирането на пари и при наличие на законовите предпоставки се уведомява специализираната служба при Централно управление на застрахователя по реда на закона и вътрешните правила за това. Щетата не се приключва и изплаща преди получаването на отговор.

33. Страните (застраховател и молител) могат да сключват споразумение за окончателно и крайно уреждане на взаимоотношенията си по повод предявените претенции.

VI. ИЗПЛАЩАНЕ НА ОБЕЗЩЕТЕНИЕТО

34. Обезщетенията се изплащат след одобрението на решението по т. 30, по сметка на молителя в посочена от него банка или в брой чрез касова служба на териториалното поделение на дружеството, ако функционира такава. Ако молителят не посочи банкова сметка, сумата се внася по негова сметка в обслужваща банка на Застрахователя.

35. Щети, при които полицата е в полза на трето лице, се изплащат на третото лице до размера на неговия интерес, освен ако Застрахованият не е представил писмено съгласие от третото лице за изплащане на обезщетението към Застрахования.

36. Молителят се уведомява за отказа за изплащане на обезщетение или за частичното признаване на претенцията му с мотивирано писмо, изпратено по пощата с обратна разписка или връчено на ръка срещу подпис. Допустимо е да не се изготвя отказно писмо единствено в случай, че Застрахованият писмено е оттеглил претенцията си към Застрахователя.

37. След приключване на преписката, върху корицата на същата, на определеното за целта място, се записва размера на обезщетението, датата и документът, с който е извършено плащането или изходящия номер на писмото за отказ. Щетите се закриват в регистъра на щети и в информационната система в деня на плащане или отказ.

38. Приключените преписките се съхраняват в архив на застрахователя в териториалното поделение, администриращо полицата.

VII. РЕГРЕСНИ ПРАВА

39. След изплащане на застрахователно обезщетение, Застрахователят встъпва в правата на увредения срещу причинителя на вредата при условията и реда на закона.

40. Когато събитието е причинено по вина на неизвестно лице и това е удостоверено с документ от органите на МВР, след изплащане на обезщетението се изпраща писмо до съответния орган (КАТ, РПУ и др.), с което се отправя запитване за резултата от издирването. Тези преписки не се водят като регресни. В случай, че се изясни самоличността и се докаже вината на лицето, Застрахователят предявява претенция съгласно предходната точка.

VIII. РАЗГЛЕЖДАНЕ НА ЖАЛБИ ПО ЩЕТИ

41. Ако не са съгласни с решението на застрахователя молителите имат право да подават сигнали, жалби и молби чрез териториалното поделение, взело решение по преписката, до Централно управление на застрахователя.

41.1. Преписи от сигналите, жалбите и молбите могат да се изпращат и до Централно управление.

41.2. Сигналите, жалбите и молбите се подават писмено.

42. Подадените до застрахователя сигнали, жалби и молби се регистрират и по тях се образува производство за разглеждането им. По анонимни сигнали, жалби и молби производство не се образува.

43. 1. Когато по сигнала, жалбата или молбата не е нужно да се извършва проверка, компетентният орган е длъжен да разгледа случая и да вземе решение в 14-дневен срок, а в останалите случаи - в едномесечен срок от датата на постъпването на сигнала, жалбата или молбата.

43. 2. Решението по сигнала, жалбата или молбата се съобщава писмено на подателя и на другите заинтересовани лица, ако има такива, в 7-дневен срок от датата на постановяването му.

43.3. Когато в сигнал, жалба или молба е отправено искане, което не е уважено, застрахователят в отговора си до подателя излага съображенията и мотивите си за това.

44.1. Сигнали, жалби и молби, подадени повторно по въпрос, по който има решение, не се разглеждат, освен ако са във връзка с изпълнението на решението или се основават на нови факти и обстоятелства.

44.2. Сигналите, жалбите и молбите, които не се разглеждат, се връщат на подателя, като му се съобщават и основанията за това.

“ДЗИ -ОБЩО ЗАСТРАХОВАНЕ”

44. 3. На сигнали, жалби и молби по въпроси, на които е отговорено по т. 2, но съдържащи нови обстоятелства, се отговаря само на новите обстоятелства.

45. Производството по обжалване не е задължителна предпоставка за предявяване на иск пред съда.

IX. ДОПЪЛНИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

46. При предявяване на претенции за изплащане на обезщетения по съдебен ред към застрахователя, копие на исковата молба и доказателствата незабавно се изпраща в Централно управление на ЗПАД “ДЗИ – Общо застраховане”.

47. За повече от едно застрахователно събитие, възникнали на една дата с един и същи застрахован обект, но несвързани помежду си, се завеждат отделни преписки по щети.

48. Всички отношения с молителя при процедурите по уреждане на претенциите се извършват само и единствено в писмена форма.

49. Преписките по щети се изпраща за съгласуване и одобрение между структурите на Застрахователя с писмо, съдържащо запитване и становище по щетата, ведно с копия на документите и оригинала на ликвидационния акт.

50. Вътрешните правила за дейността по уреждане на претенции по застрахователни договори на Застрахователно и презастрахователно акционерно дружество /ЗПАД/ “ДЗИ – Общо застраховане”, по чл.104 от Кодекса за застраховането, ведно с Технически указания за ликвидация на щети по видове и подвидове застраховки /наричани указания, методики, правила, процедури и др./, са приети на основание чл. 104 от Кодекса за застраховането.

Вътрешните правила за дейността по уреждане на претенции по застрахователни договори на Застрахователно и презастрахователно акционерно дружество /ЗПАД/ “ДЗИ – Общо застраховане”, по чл. 104 от Кодекса за застраховането, ведно с Технически указания за ликвидация на щети по видове и подвидове застраховки /наричани указания, методики, правила, процедури и др./, са приети от Управителния съвет на застрахователя с протокол № 18 от юни 2006 година, изменени и допълнени с протокол № 25 от септември 2006 година.

ВАЛЕРИ АЛЕКСИЕВ -
ИЗПЪЛНИТЕЛЕН ДИРЕКТОР

НЕДЯЛКО ЧАНДЪРОВ –
ИЗПЪЛНИТЕЛЕН ДИРЕКТОР

СЪДЪРЖАНИЕ

**ВЪТРЕШНИ ПРАВИЛА
ЗА ДЕЙНОСТТА ПО УРЕЖДАНЕ НА ПРЕТЕНЦИИ ПО
ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ ДОГОВОРИ
ПО ЧЛ.104 ОТ КОДЕКСА ЗА ЗАСТРАХОВАНЕТО**

Раздели	Наименование	Стр.
I	ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ	1
II	ПРИЕМАНЕ НА ПРЕТЕНЦИИ ПО ЗАСТРАХОВАТЕЛНИТЕ ДОГОВОРИ	1
III	СЪБИРАНЕ ДОКАЗАТЕЛСТВАТА ЗА УСТАНОВЯВАНЕ ОСНОВАНИЕТО ПРЕТЕНЦИИТЕ И РАЗМЕРА НА ВРЕДИТЕ	3
IV	ОЦЕНКА НА ПРИЧИНЕНИТЕ ВРЕДИ	4
V	ОПРЕДЕЛЯНЕ РАЗМЕРА НА ОБЕЗЩЕТЕНИЕТО	5
VI	ИЗПЛАЩАНЕ НА ОБЕЗЩЕТЕНИЕТО	5
VII	РЕГРЕСНИ ПРАВА	6
VIII	РАЗГЛЕЖДАНЕ НА ЖАЛБИ ПО ЩЕТИ	6
IX	ДОПЪЛНИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ	
	ПРИЛОЖЕНИЯ–Технически указания по застраховки	
	Злополука и заболяване	
	Автокаска	
	Транспортно застраховане	

12345 ЗАСТРАХОВАТЕЛНО И ПРЕЗАСТРАХОВАТЕЛНО АКЦИОНЕРНО ДРУЖЕСТВО
/ЗПАД/

“ДЗИ -ОБЩО ЗАСТРАХОВАНЕ”

	Имуществено застраховане	
	Гражданска отговорност на автомобилистите	
	Обща гражданска отговорност	
	Финансови рискове	
	Помощ при пътуване	