

ВЪТРЕШНИ ПРАВИЛА

за дейността по уреждане на
претенции по застрахователни
договори по застраховки
„Злополука“ и медицински
застраховки на

„ДЗИ-ОБЩО ЗАСТРАХОВАНЕ“ ЕАД

София, 2016 г.

СЪДЪРЖАНИЕ

I. ОБЩИ РАЗПОРЕДБИ.....	3
II. ЗАДЪЛЖЕНИЕ ЗА УВЕДОМЯВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ ПРИ НАСТЪПВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ	3
III. ПРЕДЯВЯВАНЕ НА ПРЕТЕНЦИИ ПО ЗАСТРАХОВКИ “ЗЛОПОЛУКА” И МЕДИЦИНСКИ ЗАСТРАХОВКИ.....	4
IV. РЕГИСТРИРАНЕ НА ПРЕТЕНЦИИ	5
V. ДОКАЗАТЕЛСТВА ЗА УСТАНОВЯВАНЕ НА ОСНОВАНИЕТО И РАЗМЕРА НА ПРЕТЕНЦИИТЕ	5
VI. НЕОБХОДИМИ ДОКУМЕНТИ ЗА ИЗПЛАЩАНЕ НА СУМИ И ОБЕЗЩЕТЕНИЯ.....	5
VII. ОКОМПЛЕКТОВАНЕ НА ПРЕПИСКИТЕ	8
VIII. ЦЕНТРАЛНА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО-МЕДИЦИНСКА КОМИСИЯ	8
IX. ОПРЕДЕЛЯНЕ РАЗМЕРА НА ОБЕЗЩЕТЕНИЯТА	10
X. ИЗПЛАЩАНЕ НА ОБЕЗЩЕТЕНИЯ И ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ СУМИ.....	10
XI. ОТКАЗ ЗА ИЗПЛАЩАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНА СУМА ИЛИ ОБЕЗЩЕТЕНИЕ	12
XII. РАЗГЛЕЖДАНЕ НА ЖАЛБИ.....	12
XIII. ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ	13

I. ОБЩИ РАЗПОРЕДБИ

1. Настоящите Вътрешни правила за дейността по уреждане на претенции по застрахователни договори на „ДЗИ-Общо застраховане ” ЕАД, наричано по-надолу “Застрахователя”, са разработени и приети на основание чл.104 от Кодекса за застраховане и чл. 22, ал. 1, т.14 от Устава на дружеството

2. Правилата уреждат процедурите, по които застрахователят приема претенциите по застрахователните договори, събира доказателствата за установяване на техните основания и размер, извършва оценка на причинените вреди, определя размера на обезщетенията, извършва разплащанията с правоимащите лица и разглежда жалби, подадени от тях.

3. Правилата са публични и имат за цел да гарантират правата на потребителите за бързо, прозрачно и справедливо уреждане на техните претенции. Застрахователят ги публикува на Интернет страницата си и осигурява достъп до тях в местата, където извършва дейност.

4. Отношенията между Застрахователя и неговите клиенти във връзка с предлаганите застрахователни продукти се уреждат с договори, на основата на действащото законодателство, добрите нрави и утвърдената практика на Застрахователя.

5. Предлаганите от Застрахователя договори за застраховки “Злополука” и медицински застраховки се сключват срещу събития, свързани с живота, здравето или телесната цялост на физическите лица.

6. Отговорността на Застрахователя се ангажира при проявление на конкретен риск, предвиден в застрахователния договор. За последиците от настъпилото застрахователно събитие на Застрахования или правоимащото лице, се изплаща застрахователна сума (при смърт) или обезщетение (при останалите застрахователни рискове) При договорите за медицински застраховки (рискове), обезщетението може да бъде във вид на изплащане на фиксирани суми или възстановяване на разходи.

Когато това е предвидено в застрахователния договор, Застрахователят може да извърши заплащане на ползваните здравни услуги директно на лечебните заведения, без участието на застрахованото лице. Извършените в този случай разходи се отнасят към лимитите по застрахователния договор.

II. ЗАДЪЛЖЕНИЕ ЗА УВЕДОМЯВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ ПРИ НАСТЪПВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ

7. Правоимащите лица са длъжни да уведомят застрахователя за настъпване на застрахователно събитие в срока, указан в Общите условия по съответния вид застраховка, в Кодекса за застраховането или в нормативен акт, регламентиращ съответния вид застраховане.

8. Уведомяването следва да се извърши писмено.

9. Застрахователят има право да откаже плащане, ако правоимащото лице не е изпълнил задълженията си в сроковете по т.13, с цел да попречи на застрахователя да установи обстоятелствата, при които е настъпило събитието, или ако неизпълнението е направило невъзможно установяването им от застрахователя.

III. ПРЕДЯВЯВАНЕ НА ПРЕТЕНЦИИ ПО ЗАСТРАХОВКИ, “ЗЛОПОЛУКА” и МЕДИЦИНСКИ ЗАСТРАХОВКИ

10. Претенцията се предявява в писмена форма, като се попълва формуляр по образец на застрахователя, окомплектована с документи, установяващи настъпването на събитието, вредите и правото на претендиращия да получи обезщетение/сума. За всяко застрахователно събитие се подава отделна претенция.

За всяко едно от правоимащите лица се оформя отделна претенция, по която се прилагат всички относими документи към основанието и размера на претенцията. В случай, че претенцията се подава от пълномощник на всички правоимащи лица или правоимащите лица са дали съгласие да бъдат представлявани за подаването на претенцията от едно от тях, то от името на всички правоимащи се попълва само една претенция по образец на застрахователя, съответно към нея се прилагат относимите документи.

11. Претенцията се подава лично от правоимащия (застраховач/застрахован/ползващо лице), негов упълномощен представител или застрахователен брокер, когато правоимащият му е възложил това. В случай, че правоимащото лице е непълнолетно или недееспособно, претенцията се подава от законния му представител, като същият следва да докаже това си качество с нарочен документ.

12. При приемането на претенцията от Застрахователя се проверява дали тя е надлежно попълнена с необходимите реквизити; дали лицето, вписано в него като правоимащ е това, което действително подава претенцията или е упълномощен представител. Приемането на претенцията от Застрахователя се удостоверява с поставянето на уникален пореден номер, получен при регистрирането на претенцията в информационната система и дата на завеждането или входящ номер от деловодството, ако претенцията не е подадена на място в офис на застрахователя.

13. Претенцията се подава в срок, съобразен с изискванията на Кодекса за застраховането и приложимите към съответния застрахователен договор Общи условия:

- В рамките на давностния срок по застрахователния договор при случаите на смърт, при възстановяване на медицински разходи за преглед, изследвания, медикаменти, операции, при трайна неработоспособност (инвалидност) от заболяване;

- До една година от датата на злополуката при случаите на трайна неработоспособност (инвалидност) от злополука
- След изтичане на периода на временната неработоспособност, посочен в застрахователната полица, но в рамките на давностния срок по застрахователния договор при случаите на временна неработоспособност от злополука или от заболяване;
- След приключване на болничното лечение, но в рамките на давностния срок по застрахователния договор, при случаите на плащане на дневни пари за болничен престой и/или суми за оперативно лечение.

IV. РЕГИСТРИРАНЕ НА ПРЕТЕНЦИИ

14. Претенциите се регистрират с уникален номер в информационната система, която обслужва предявените претенции по застраховки, “Злополука” и медицински застраховки или деловодството. Регистрацията се извършва в агенцията, в която е сключен и поддържан застрахователния договор или във всяка друга агенция или офис на ДЗИ.

15. Номерът и датата на завеждане се отразяват на формуляра Претенция, като копие от него се предоставя на лицето, подало претенцията или на застрахователния брокер, когато претенцията е подадена чрез брокер.

16. Приетите в офисите на застрахователя претенции се изпращат в Дирекция „Ликвидация медицинско и животозастраховане” в срок до два дни след регистрирането им.

17. Застрахователят няма право да откаже регистрирането на претенция.

V. ДОКАЗАТЕЛСТВА ЗА УСТАНОВЯВАНЕ НА ОСНОВАНИЕТО И РАЗМЕРА НА ПРЕТЕНЦИИТЕ

18. Видовете доказателства за установяване на основанието и размера на претенцията са изброени в Общите и/или Специалните условия за съответния вид застраховка. В зависимост от характера на застрахователното събитие, заедно с подаването на претенцията се представят документи, относно настъпване на събитието, размера на обезщетението и идентифицирането на правоимащите лица.

19. В случай, че застрахователното събитие е настъпило извън територията на Република България, съответните документи, удостоверяващи настъпването му се представят преведени и легализирани от компетентните за това служби.

VI. НЕОБХОДИМИ ДОКУМЕНТИ ЗА ИЗПЛАЩАНЕ НА СУМИ И ОБЕЗЩЕТЕНИЯ

20. За да докаже настъпването на застрахователно събитие и размера на обезщетението, претендиращият е длъжен:

- да представи на застрахователя документите, изискуеми по Общите условия за съответния вид застраховка и/или посочени в застрахователния договор и/или в друг нормативен акт;
- да представи допълнително поисканите от застрахователя документи, пряко свързани с настъпване на събитието и размера на вредите;
- да представи цялата информация, необходима на застрахователя за установяване на основанието и размера на обезщетението изцяло и правдиво.

21. При необходимост застрахователят има право на достъп до цялата медицинска документация във връзка със здравословното състояние на застрахованото лице и може да я изисква от всички лица, съхраняващи такава информация, включително от личните лекари, лечебните заведения и НЗОК.

22. Застрахователят, най-късно в срок до 45 дни от представянето на доказателствата, определени със застрахователния договор и Общите условия, уведомява претендиращия за необходимите допълнителни доказателства/документи, които не са могли да бъдат предвидени в застрахователния договор при сключването му или при завеждане на претенцията, но са пряко свързани със събитието и са необходими за установяване на основанието и размера на претенцията.

23. 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.

24. Документите и доказателствата се предоставят на Застрахователя:

- в оригинал - финансови документи (фактури, фискални бонове за извършени от застрахования медицински и други разходи, които той претендира да му бъдат възстановени);
- оригинал или копие - всички останали документи. Копията от документите могат да бъдат заверени нотариално или едновременно от ползвателя на застрахователни услуги и служител на Застрахователя, след сверяване с оригинала, което те удостоверяват с дата и подпис върху копието на документа.
- Нотариално заверено изрично пълномощно, ако сумите следва да бъдат изплатени чрез застрахователен посредник или друго лице, съгласно чл. 338, ал. 1 от Кодекса за застраховането. Застрахователят предоставя образец на пълномощното, при изразено желание от страна на ползвателя на застрахователни услуги.

25. Всички изискуеми документи и доказателства се представят на място в агенция на ДЗИ, където е заведена претенцията или при представяне на допълнителни документи - по пощата до „Ликвидация медицинско и животозастраховане“, като получаването им се удостоверява с дата и входящ номер от служител на застрахователя. В случаите, когато не се изисква

оригинален документ, предоставянето му може да се извърши по електронна поща. При представяне на допълнително поискани доказателства чрез и-мейл или по пощата същите следва да бъдат придружени с информация, за коя претенция се отнасят – номер на полица, име, ЕГН, номер на претенция или да бъдат изпратени заедно с документа, с който са изискани.

26. Освен в агенцията, където е заведена претенция, се допуска представяне на допълнителни доказателства и в други представителства на дружеството, като в тези случаи претендиращият е длъжен да посочи номера на заведената претенция, по която се представят допълнителни доказателства.

27. За приемане и разглеждане на претенцията са необходими:

- документи, удостоверяващи наличието на сключен и действащ застрахователен договор със Застрахователя - застрахователната полица с приложените към нея общи условия, предложение за сключване на застраховката, както и евентуално издадените списъци и допълнителни споразумения /анекси/ към нея;
- документи за идентификация и проверка на идентификацията на правоимащото лице, в съответствие с изискванията на ЗМИП - документ за самоличност (за физическите лица), удостоверение за актуално състояние (за юридическите лица) и др.;
- документи, удостоверяващи качеството на лицето и правото му да получи претендираната сума или обезщетение - удостоверение за наследници, служебна бележка от работодателя, заверени от работодателя копия на трудовия договор и/или заповед за прекратяване на трудовото правоотношение, здравна карта и др, в зависимост от вида на застраховката;
- документи, удостоверяващи настъпването на събитието - препис-извлечение на акт 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 МВР и сектор КАТ (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 не 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, етапни епикризи, оперативни протоколи, резултати от медицински изследвания, протоколи на ЛКК, рецепти, рецептурни книжки, решения на ТЕЛК/НЕЛК, други официални медицински документи;
- документи, удостоверяващи извършените от лицето разходи - фактури с касови бележки на името на лицето, други официални платежни документи;

VII. ОКОМПЛЕКТОВАНЕ НА ПРЕПИСКИТЕ

28. След приемане на претенцията и приложените към нея документи, се оформя преписка.

29. В случаите, когато застрахователното събитие прекратява действието на застрахователния договор, задължително към преписката се прилага оригиналният екземпляр на полицата. Такова събитие е смърт на застрахованото лице през срока на застраховката (с изключение на групова застраховка “Злополука”);

30. Ако оригиналният екземпляр на полицата е изгубен или унищожен, лицето, предявяващо претенцията, подписва декларация за изгубена полица по образец на Застрахователя, която се прилага към преписката.

31. В случаите, когато застрахователното събитие не прекратява действието на застрахователния договор, лицето, предявяващо претенцията, представя копие на оригиналният екземпляр на полицата, а оригиналът се сверява с копието и се връща на лицето.

32. В случаите, когато вида на застрахователното събитие изисква задължително медицинско становище, преписката се представя на медицински експерт на Застрахователя за оценка на вида на застрахователното събитие, причинно-следствената връзка между събитието и настъпилите последици, както и за това дали следва случая да бъде разгледан от застрахователно-медицинска комисия.

33. Размерът на сумите за изплащане при оперативно лечение се определя съобразно процента за съответната хирургическа интервенция. Този процент се определя от медицински експерт на застрахователя въз основа на Хирургическа таблица, която е част от утвърденото от Застрахователя Ръководство за застрахователно-медицинската работа.

34. Подписаното от лекаря заключение, с означена на него дата, се прилага (вписва) към преписката по заявената претенция.

VIII. ЦЕНТРАЛНА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО-МЕДИЦИНСКА КОМИСИЯ

35. Централната застрахователно-медицинската комисия (ЦЗМК) функционира в Централно управление в гр. София, където се разглеждат получените претенции.

36. ЦЗМК заседава ежеседмично, ако има постъпили документи за разглеждане, в състав: директор дирекция „Ликвидация медицинско и животозастраховане”, медицински експерт и експерт ликвидация.

37. Централната застрахователно-медицинската комисия на Застрахователя определя процента трайна неработоспособност (инвалидност) на застрахованите въз основа на представените първоначално и/или последващо изискани медицински документи и Скалата на травматичните болести и увреди на застрахователя.

38. ЦЗМК определя процента на трайната неработоспособност (инвалидност) на пострадалите лица, като прилага принципите, правилата, методическите указания и процедурите, залегнали в следните вътрешни документи:

- РЪКОВОДСТВО за застрахователно-медицинската експертиза на трайната неработоспособност (инвалидност) на пострадали при злополука лица;
- СКАЛА на травматичните болести и увреди, при които се определя процент на трайна неработоспособност (инвалидност) вследствие злополука;
- УКАЗАНИЯ за прилагане на Скалата за травматичните болести и увреди, при които се определя процент на трайна неработоспособност (инвалидност) вследствие злополука.

39. Освидетелстването от ЦЗМК се извършва след приключване на лечението и пълното стабилизиране на травматичните увреждания, но не по-рано от три месеца и не по-късно от една година от датата на злополуката. При трайни увреждания, ЦЗМК определя предварителен процент нетрудоспособност, който не може да бъде по-малък от минималния безспорен процент на нетрудоспособност (инвалидност), ако в представените медицински документи се съдържат достатъчно данни за определянето му.

40. При ампутация на крайници, загуба на очи, загуба на зъби или други дефинитивни увреждания освидетелстването може да се извърши веднага след приключване на лечението, без да се изчакват три месеца от датата на злополуката.

41. Ако една година след злополуката лечението не е завършило и уврежданията не са стабилизирани, ЦЗМК преценява състоянието на пострадалото лице към края на едногодишния период от датата на злополуката и определя окончателен процент на трайната му неработоспособност (инвалидност).

42. При тежки увреждания пострадалото лице може да се освидетелства преди завършване на лечението и стабилизиране на уврежданията, но не по-рано от три месеца от датата на злополуката. ЦЗМК определя предварителен процент на трайна неработоспособност (инвалидност), който отразява предполагаемото състояние на пострадалото лице към края на едногодишния период от злополуката. Изплаща се авансова сума в размер до 75 % от сумата, изчислена съобразно предварителния процент на трайна неработоспособност. Пострадалото лице задължително се преосвидетелства, за да се определи окончателният процент на трайната му неработоспособност (инвалидност), въз основа на който се определя дължимата сума и се доплаща разликата.

43. За всяко освидетелствано лице се издава решение на ЦЗМК по образец на Застрахователя. В дирекция „Ликвидация медицинско и животозастраховане ” се води регистър на издадените решения на ЦЗМК.

44. Въз основа на решението на ЦЗМК се определя размера на плащанията за риска “трайна неработоспособност (инвалидност) от злополука” по всички

застрахователни договори на освидетелстваното лице, които са в сила към датата на злополуката.

45. При необходимост ЦЗМК се обръща към външни медицински консултанти, които са лекари - специалисти по съответния медицински казус.

46. При трайна неработоспособност (инвалидност) от заболяване, освидетелстването се извършва, съгласно издаденото Първо решение на ТЕЛК в срока на застрахователния договор, което е представено от правоимащото лице.

IX. ОПРЕДЕЛЯНЕ РАЗМЕРА НА ОБЕЗЩЕТЕНИЯТА

47. 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.

48. Застрахователят обезщетява имуществени вреди само при действително претърпени 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.

X. ИЗПЛАЩАНЕ НА ОБЕЗЩЕТЕНИЯ И ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ СУМИ

49. Застрахователят извършва плащането в срок от 15 (петнадесет) работни дни от датата, на която са представени всички необходими доказателства за установяване на застрахователното събитие и на размера на обезщетението.

50. Решението за изплащане на суми и обезщетения се взема от Застрахователя, като компетентният орган се определя съгласно вътрешните актове на Застрахователя.

51. Със своето решение Застрахователят:

- отхвърля претенцията и отказва изплащане на застрахователна сума или обезщетение;
- определя и изплащ застрахователна сума или обезщетение.

52. При отказ за изплащане на застрахователна сума или обезщетение, мотивирано се посочва основанието за отрицателното решение.

53. При уважаване на претенцията, в преписката за изплащане на застрахователната сума или обезщетение се посочват:

- основанието за плащане;

- вида и размера на плащането;
- името на лицето, което ще получи сумата или обезщетението.

В случаите, в които сумите се изплащат чрез застрахователен посредник или друго упълномощено лице, на правоимащия/упълномощителя се изпраща писмено уведомление за извършеното плащане, съответно за размера на изплатената сума.

54. При изплащане на застрахователна сума поради смърт на застрахованото лице се посочват всички правоимащи лица, съгласно застрахователния договор и съответната сума, която ще получи всяко от тях.

55. Застрахователната сума или обезщетение се изплащат на правоимащото лице, съгласно условията на застрахователния договор.

56. 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 трайна или временна неработоспособност на застрахования, дневни пари за болничен престой на застрахования, разходи за лечение, включително лекарства и консумативи за лечение на заболяване на застрахования – сумата или обезщетението се изплаща лично на застрахования;
- при смърт на застрахованото лице, което е и застраховащ - сумата се изплаща на правоимащите лица, ако такива са посочени в полицата, или на законните наследници на застрахованото лице;

57. В случаите когато лицето, което следва да получи плащането, е непълнолетно и същото не разполага със собствена банкова сметка, сумата или обезщетението се превежда по банковата сметка на законния представител на лицето.

58. Изплащането на сумата или обезщетението на лице, вън от правоимащите да получат плащането, се допуска само след документално доказване на законовото представителство или след представянето на изрично нотариално заверено пълномощно. Упълномощител може да бъде само лицето, което може да получи сумата или обезщетението съгласно застрахователния договор. В пълномощното задължително следва да се съдържа изявление от правоимащото лице, че е уведомено, че има право да получи сумите лично.

59. При договори по застраховки “Злополука”, независимо от плащането на застрахователната сума или обезщетение, Застрахователят не може да встъпи в правата на застрахования срещу лицето, причинило събитието.

60. 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 правоимащия е получил плащане по друг застрахователен договор.

61. Изплащането на суми и обезщетения се извършва по банков път по посочена от лицето банкова сметка, при спазване на законодателството.

62. 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.

63. Всички административни разходи във връзка с определянето и изплащането на застрахователната сума или обезщетение по предявената претенция са за сметка на лицето, което получава сумите.

XI. ОТКАЗ ЗА ИЗПЛАЩАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНА СУМА ИЛИ ОБЕЗЩЕТЕНИЕ

64. Отказ за изплащане на обезщетение се прави при наличие на едно или повече от следните обстоятелства:

- застрахователният договор не е бил в сила към датата на събитието;
- събитието не е настъпило вследствие проявлението на риск, покрит по условията на договора или се дължи на изключен риск;
- налице е съществено нарушение на задължения по договора от страна на застрахования, което е предвидено като основание за отказ за плащане на обезщетение;
- застрахованият или правоимащия не са предоставили документи, необходими за доказването на основанието за изплащане на обезщетение, които са били изискани от застрахователя;
- застрахованият или правоимащото лице са представили документи с невярно съдържание, неистински, подправени или фалшиви документи или по друг начин са се опитали да заблудят или измамат застрахователя;
- застрахованият или правоимащото лице възпрепятстват застрахователя да получи информация за здравословното състояние на застрахования или проведеното лечение от лекуващите го лекари, болнични заведения или от работодател, необходими за изясняване на основанието и размера на претенцията.
- други, уредени в закона или Общите условия случаи

65. При отказ за изплащане на застрахователно обезщетение/сума или на част от него, застрахователят уведомява претендентирация с мотивирано писмо не по-късно от 15 работни дни от представяне на всички необходими доказателства.

XII. РАЗГЛЕЖДАНЕ НА ЖАЛБИ

66. Застрахованият или правоимащото лице (съгласно застрахователния договор) може да обжалва отказа за изплащане на застрахователна сума или обезщетение, или техният размер чрез подаване на писмена жалба, като я депозира при седалището на Застрахователя лично, по пощата или чрез имейл.

67. 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 застрахователната сума или обезщетение. 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 заведената претенция и/или номер на полица;
- първоначалното решение на Застрахователя относно претенцията;
- възраженията и тяхното основание;
- искането;
- подпис на подателя.

68. Произнасяне по Жалба, свързана с направения отказ или размер на плащането се изпраща в срок от 7 (седем) дни от получаването ѝ.

69. Застрахователят, със своето решение, може:

- да отхвърли жалбата като неоснователна;
- да уважи жалбата, като:
 - постанови изплащане на претендираната застрахователна сума или обезщетение;
 - увеличи размера на първоначално определената сума или обезщетение, но без да превишава сумата по застрахователния договор.

70. Решението на Застрахователя и мотивите към него се съобщават на жалбоподателя с писмо на посочения от него адрес в жалбата.

71. Решението, с което се уважава жалбата и се постановява изплащане на застрахователната сума или обезщетение, или се увеличава размера на вече определено обезщетение, подлежи на изпълнение.

72. 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 да се обърне към Комисията за финансов надзор, Комисията за защита на потребителите и към всяка друга компетентна институция, както и да заведе иск по съдебен ред по седалището на Застрахователя, съгласно разпоредбите на Гражданския процесуален кодекс.

XIII. ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

73. Изменения и допълнения на настоящите Вътрешни правила се правят по реда на тяхното приемане.

74. Тълкуване на прилагането на Правилата се дава с решение на Управителния съвет на "ДЗИ-Общо застраховане" ЕАД.

75. Правилата влизат в сила от деня на приемането им от Управителния съвет на “ДЗИ-Общо застраховане ” ЕАД

76. Настоящите Правила за дейността по уреждане на претенции по застрахователни договори са приети от Управителния съвет на дружеството с Протокол №..../..... 2006 г, изменени и допълнени с Протокол №/..... 2006 г., изменени и допълнени с Протокол № 38 от 16 Септември 2013 г., изменени и допълнени с Протокол №39 /03.10. 2016 г.