

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

**ЧАСТ ПЪРВА
ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ**

1. Тези Вътрешни правила за уреждане на претенции по застрахователни договори, наричани навсякъде по-долу "правилата", регламентират процедурите, по които "Дженерали Застраховане" АД, наричано навсякъде по-долу „дружеството“ или "застрахователя", приема претенции по застрахователни договори, събира доказателства за установяване на основанието и размера на причинените вреди, произнася се по предявени претенции от ползватели на застрахователни услуги и отговоря на постъпили жалби.

2. Тези правила са задължителни за:

2.1 всички служители на Направление „Застрахователни обезщетения“ и всички други структурни звена, отговарящи за уреждане на застрахователни претенции;

2.2 външни консултанти;

2.3 всички служители на дружеството в териториалните структури в страната;

2.4 всички лица, които съгласно договорите им с дружеството имат статут на негови генерални агенции в страната и техните служители.

3. Тези правила нямат действие за посредниците (с изключение на тези по предходната т. 2.4), както и за всички други лица, извън посочените в т. 2, с които дружеството е в договорни отношения, и от настоящите правила не могат да се извеждат задължения към тях.

4. Тези правила се прилагат във всички случаи, освен ако в застрахователния договор или в общите условия, или специалните условия по определен вид застраховка е предвидено друго, отнасящо се само за съответния застрахователен договор или вид застраховка. Използваните в тези правила термини „застрахователна претенция“, „претенция по застрахователен договор“, „преписка по претенция“ са синонимни.

**ЧАСТ ВТОРА
ОБЩИ ПРАВИЛА
НА ДЕЙНОСТТА ПО УРЕЖДАНЕ НА ПРЕТЕНЦИИ ПО ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ ДОГОВОРИ**

5. Застрахованият, увреденият или третото ползващо лице предявява претенция в Центъра за обслужване на клиенти на тел. 02/92 67 222, Мобилно приложение, Клиентски сайт, Ликвидационен център на дружеството, или териториална структура на „Дженерали застраховане“ АД за градовете, в които няма ликвидационен център на дружеството.

6. При настъпване на застрахователно събитие, застрахованият е длъжен да уведоми дружеството в съответствие с изискванията и сроковете посочени Общите условия. Писменото уведомяване се извършва, чрез предявяване на претенция за изплащане на обезщетение от страна на застрахования лично като, се попълва специален формуляр "Искане за оценка", по образец на застрахователя. Този формуляр цели да типизира данните, които са необходими на застрахователя, за да започне обработването на щетата и да улесни клиента при заявяването ѝ. Във всички случаи обаче, дружеството не може да откаже да приеме предявена от застрахования писмена претенция за изплащане на обезщетение, направена в свободна форма. При предявяване на претенцията си към дружеството и за нейното доказване застрахованият или увреденото лице е длъжен да представи необходимите изискуеми документи посочени в Общите условия и в настоящите правила, като Приложения №1- № 11.

7. Всяка претенция, подадена по реда и в сроковете, уговорени между страните по застрахователния договор, се регистрира и завежда в регистрите на застрахователя. Претенцията следва да бъде придружена с необходимите, съгласно застрахователния договор, Общите условия или Специалните условия към него, документи. Всяка претенция следва да съдържа индивидуализиращи данни и телефони за контакти на претендиращия за осъществяване на текущ контакт.

8. Окомплектована във вида, указан по предходната точка, претенцията получава свой номер, който е индивидуален, по който застрахованото лице може да получава текущи справки на посочения във формуляра по т.6 телефон в рамките на работното време на централния офис на Дружеството. Справка мое да бъде направена и в сайта на дружеството.

9. Когато претендиращият застрахователно обезщетение е страна по застрахователния договор, застрахователят го уведомява за допълнителните доказателства най-късно в срок 45 дни от представянето на доказателствата, определени съгласно застрахователния договор, Общите условия или Специалните условия, които доказателства не са били предвидени при сключването му и които са необходими за установяване на основанието и размера на неговата претенция.

10. Когато претендиращото лице е увредено лице по застраховки "Гражданска отговорност" или трето ползващо се лице по други застраховки, застрахователят го уведомява за доказателствата, които трябва да се представят за установяване на основанието и размера на претенцията при завеждане на преписката по щета. Допълнителни доказателства може да се изискват само в случай, че необходимостта от тях не е можела да бъде предвидена към дата на завеждане на претенцията и най-късно в срок 45 дни от датата на представяне на доказателствата, изискани по изречение първо.

11. Всички допълнително представени документи се приемат с приемо- предавателен протокол, удостоверяващ датата, на която са представени, респ. приети доказателствата, вида на документа и дали същият се представя в оригинал или копие или с входящ номер от деловодната система на дружеството. В случай, че клиентът изпрати документи по поща или с куриер, към преписката се прилага и плик или товарителница. В ликвидационната преписка се съхраняват и оригинален екземпляр от всяко писмо, което е отправено от името на дружеството. компанията по повод на разглеждането и решаването на преписката.

12. В случаите, в които претендиращият не може да се снабди с някое доказателство поради обективна причина, това обстоятелство се удостоверява от претендиращия с документ, издаден от компетентен орган, в чиито правомощия е удостоверяването на факти и обстоятелства, подлежащи на доказване.

13. Когато претенцията е основателна и доказана по размер, застрахователят определя и изплаща застрахователното обезщетение или застрахователната сума, в срок от петнадесет работни дни от представяне на всички доказателства /първоначално и допълнително представени/.

14. Когато претенцията не е основателна и доказана застрахователят мотивирано, писмено отказва плащането на застрахователно обезщетение или застрахователна сума в срока по предходната точка.

15. В случаите когато ползвателят на застрахователни услуги не е представил всички необходими доказателства, застрахователят се произнася съгласно разпоредбите на чл. 108, ал.2 от КЗ – не по-късно от 6 месеца от датата на предявяване на претенция по застраховките, посочени в ал.1 на цитирания текст, с изключение на застраховка „Гражданска отговорност“ на автомобилистите.

16. Срокът за окончателно произнасяне по претенцията по задължителна застраховка "Гражданска отговорност" на автомобилистите не може да бъде по-дълъг от три месеца от нейното предявяване пред застрахователя или пред неговия представител за уреждане на претенции (в случаите, когато е предложен такъв).

17. Доказателствата, необходими за вземане на решение по предявените пред застрахователя претенции по видове застрахователни договори са посочени в приложенията към тези правила.

18. Застрахователното обезщетение се получава от увреденото лице по банков път по посочена от същото банкова сметка.

18.1 Когато застрахователното обезщетение се получава от пълномощник на увреденото лице, същият е длъжен да представи изрично нотариално заверено пълномощно, съдържащо описание на претенцията, застрахователя и застрахователното събитие.

19. При получаване на писмено уведомление от страна на ползвател на застрахователни услуги за настъпило събитие, при което би могла да бъде ангажирана отговорността на дружеството, на същото се дава входящ номер от деловодната система. Уведомленията се административат в информационната система от служителите на Направление „Застрахователни обезщетения“, отговарящи за съответната застраховка.

ЧАСТ ТРЕТА

УРЕЖДАНЕ НА ПРЕТЕНЦИИ ПО АВТОМОБИЛНО ЗАСТРАХОВАНЕ

Глава първа

Процедура и начин на определяне на застрахователното обезщетение по застраховка "Застраховка на сухопътни превозни средства, без релсови превозни средства" ("Каско" на МПС)

20. Уведомяването за настъпване на застрахователно събитие е регламентирано в т. 6 от предходната част. Когато застрахованият е представил документите от Общите условия при сключване на застраховката, същите се изискват от досието на застраховката. В този случай застрахованият представя, вместо тези документи, декларация, в която декларира, че в представените при сключването на

застраховката документи не са настъпили изменения във фактите, които те удостоверяват и не са направени изменения в самите документи към момента на предявяване на претенцията.

21. За всяка ликвидационна преписка, която се възлага на външен консултант, съответното длъжностно лице на дружеството дава указания на застрахования и консултанта за извършване на огледа.

22. След регистрирането на преписката се сформира комисия, състояща се от представител на застрахователя и застрахования или негов представител и се извършва оглед на увреденото МПС. При извършването на огледа се спазват изискванията на Общите условия и се сверява държавния регистрационен номер на МПС и идентификационния номер на купето (рамата, шасито) на МПС с тези, които са отразени в полицата. Оглед не се извършва при невъзможност да се свери идентификационния номер на купето (рамата, шасито) на МПС, поради настъпилите увреждания, като този факт задължително се отразява в изготвен и подписан на място от двете страни протокол или друг документ. Оглед се осъществява след осигуряване от застрахования на възможност комисията да свери номера на купето (рамата, шасито) на МПС с данните по Свидетелството за регистрация и застрахователната полица.

23. При огледа на пострадалото МПС се установяват увредените части, детайли и системи на МПС и начина на тяхното възстановяване. Същите се описват в специален формуляр “Опис – заключение”, който е по образец на застрахователя и се изготвя в два екземпляра и се подписва от участниците в огледа при съгласие помежду им относно констатациите при огледа. Възражения, относно констатациите от страна на ползвателя на застрахователни услуги могат да бъдат вписвани на място, преди да се разделят екземплярите. Първият екземпляр на “Описа- заключение” се прилага към преписката. Вторият екземпляр се предоставя на застрахования.

24. При извършването на огледа и изготвянето на описа на щетите, комисията се ръководи от механизма на причиняване на уврежданията, причинно-следствените връзки между събитието и причинените увреждания, за които черпи информация от претенцията, документите, представени и приложени към претенцията, както и от устна информация на застрахования или очевидци на събитието.

25. При извършването на огледа се изготвя подробен снимков материал в общ и близък план, като се правят най-малко десет броя снимки. Четири от тях се правят перпендикулярно на всяка страна на увреденото МПС, четири се правят по диагонал, като на снимките трябва да се виждат и регистрационните номера на МПС. По една снимка се прави на набития номер на купето (рама) и километража на МПС. Останалите снимки трябва да отразяват при възможност причинените вреди и да могат да послужат като доказателствен материал за нанесените повреди, като се правят снимки в общ и близък план на деформациите. Ако по някаква причина не може да се изготви качествен снимков материал съгласно изискванията на застрахователя, оглед се насрочва за друга дата, а на застрахования се съобщава точната причина.

26. Изискванията на предходните точки 23, 24, и 25 се прилагат и когато се извършва допълнителен оглед или контролен оглед на пострадалото МПС. За извършването на допълнителен или контролен оглед се сформира комисия по начина определен в т. 22. Когато при допълнителния или контролния оглед се направят корекции във вече съставения при първия оглед “Опис- заключение” или се състави допълнение към него, екземпляр от същия се предоставя на клиента.

27. Допълнителен оглед на повреденото МПС се извършва само, когато има предвиден такъв или има постъпила писмена молба от застрахования за неописани и пропуснати, видими или открити след първоначалния оглед, повреди по МПС

28. Контролен оглед се извършва по искане на застрахователя, когато има неясноти или несъответствие между описаните щети и механизма на тяхното причиняване. Искането на застрахователя за извършване на контролен оглед трябва да бъде направено в писмена форма, с оглед изпълнението на изискванията от Общите условия и запазване на правата на застрахователя.

29. При частични щети на застрахованото МПС, задължително се уточнява със застрахования начина на определяне на застрахователното обезщетение. Изборът на застрахования се вписва в искането за оценка.

30. При желание от страна на застрахования за възстановяване на МПС в автосервиз, предложен от застрахователя /с който застрахователя има договорни отношения/, се изготвя възлагателно писмо до сервиза, което се предоставя от застрахователя. При обезщетяване на застрахования чрез отстраняване на повредите на застрахованото МПС в предложен от застрахователя автосервиз, се прилагат условията и изискванията от Общите условия.

31. Когато при огледа се констатира пълна загуба на застрахованото МПС, което съгласно Общите условия е увредено “до степен на негодност” се описва подробно в свободен текст състоянието на:

31.1 двигателя на МПС, като изрично се отбелязва състоянието на блока му;

31.2 купето – за автомобили със самоносеща конструкция, както и за леки автомобили – като изрично се отбелязва състоянието на пода и вертикалната стена зад двигателя (торпедото);

31.3 рамата (шасито) – за автомобили, които не са със самоносеща конструкция, както и за тези които имат конструктивно този възел – като се прави схема (на ръка) на рамата и се отбелязват местата на деформациите;

31.4 каросерията – за товарни автомобили, автобуси и ремаркета;

31.5 кабината - за товарни автомобили;

31.6 носещата рамка - за мотопеди и мотоциклети;

32. В случаите по предходната т. 31 на тези правила, се описват и запазените части, както и тези части, чието възстановяване е икономически целесъобразно. За последните се описва и сложността на увреденост.

33. Размерът на застрахователното обезщетение се определя съгласно утвърдена от Управителния Съвет на дружеството „Методика за определяне размера на застрахователно обезщетение по застраховка “КАСКО” на МПС”.

34. Служителят на дружеството, на когото е възложено приключването на преписката проверява окомплектоването на преписката с необходимите и изискуеми по Общите условия документи и калкулира размера на обезщетението.

35. След извършване на проверката по предходната точка, служителят изготвя ликвидационен акт за плащане, който подписва и предава преписката на съответните длъжностни лица, които са длъжни да я съгласуват, в съответствие с Правилника за организация на оперативния контрол, правила и процедури за изпълнение и отчитане на дейността на отделните организационни звена на ”Дженерали Застраховане” АД. Съгласуването се удостоверява с полагане на подпис върху ликвидационния акт. След приключване на съгласуванията преписката се представя на длъжностно лице, за утвърждаване на ликвидационния акт в информационната система и предава преписката в Направление „Финанси и счетоводство” за изплащане на застрахователно обезщетение.

36. За процедурата, условията, окомплектоването и обработката на преписките за изплащане на обезщетения от дружеството се прилагат изцяло Общите условия.

Глава втора

Процедура и начин на определяне на застрахователното обезщетение по застраховка “Гражданска отговорност” на автомобилите

37. Относно уреждането на застрахователни претенции по застраховка “Гражданска отговорност” на автомобилите за страната и чужбина, се прилагат разпоредбите на Кодекса за застраховането и Наредба № 49 за задължителното застраховане и за методиката за уреждане на претенции за обезщетение на вреди причинени на МПС, действаща към момента на приемане на настоящите правила (наричана по-нататък в тези правила “Наредба № 49”). За всички неуредени в тях въпроси се прилагат настоящите правила, доколкото не им противоречат.

38. Увреденото лице подава уведомление за настъпило събитие по начините, регламентирани в т. 6 от настоящите правила, като:

38.1 за нанесени имуществени вреди се попълва специален формуляр “Искане за оценка”, по образец на застрахователя. Този формуляр има за цел да типизира данните, които са необходими на застрахователя, за да започне обработването на щетата и да улесни заявяването ѝ. Във всички случаи, обаче, дружеството не може да откаже да приеме предявена от увреденото лице писмена претенция за изплащане на обезщетение, направена в свободна форма.

38.2 при претенции за обезщетяване на неимуществени вреди не се попълва искане за оценка, а се подава писмена молба в свободен текст с изрично посочен размер на претенцията от увреденото лице.

Раздел I

Имуществени вреди на МПС

39. Претенциите за изплащане на обезщетения за имуществени вреди на МПС, се уреждат съгласно процедурата по Част Трета, Глава I от настоящите правила относно застраховка “Каско” на МПС, като за определяне на застрахователното обезщетение се ползва методиката за уреждане на претенции, приета с Наредба № 49.

40. Когато в резултат на настъпило застрахователно събитие са причинени имуществени и неимуществени вреди, се образуват отделни преписки за тяхното обезщетяване.

40.1 Претенциите за обезщетяване на имуществени вреди, изразяващи се в направени разходи по лечението на увреденото лице - лекарства, медикаменти, медицинско обслужване и други – се разглеждат в една преписка с претенциите за неимуществени вреди и по реда, описан по-долу.

Раздел II Неимуществени вреди

41. Определянето на дължимото обезщетение за неимуществени вреди по Гражданска отговорност, става от специална комисия - Застрахователно експертна комисия (ЗЕК) към Централно управление.

41.1 Застрахователно- експертната комисия е постоянно действащ консултативен орган, чиято единствена компетентност е определяне на застрахователно обезщетение при претенции за обезщетяване на неимуществени вреди по застраховка „Гражданска отговорност“ на автомобилистите”, „Обща гражданска отговорност”, „Професионална отговорност”, „Злополука и заболяване”, „Медицинска застраховка“ и други линии бизнес при необходимост.

41.2 Съставът на комисията се определя със заповед на Главния изпълнителен директор и се профилира с оглед на различните видове претенции, които ще разглежда.

41.3 В комисията, разглеждаща претенции по застраховка „Гражданска отговорност“ на автомобилистите отговорност се включва лекар – експерт за предоставяне на становище относно вида на причинените телесни увреждания и наличието на причинно – следствена връзка между тях и описаното събитие, директор Дирекция Специални щети, служител от Дирекция Специални щети, директор Дирекция „Правно обслужване“ и втори юрисконсулт.

41.4 При преписки с причинена смърт, становище от лекар – експерт се изисква само в случаите, при които не е доказана причинно-следствената връзка между смъртта и настъпилото събитие.

42. Всяка преписка, преди да бъде внесена за разглеждане от ЗЕК, следва да бъде окомплектована с всички необходими документи, доказващи основанието и размера на претенцията.

43. Предявените по съдебен ред претенции срещу дружеството, по които е взето решение да бъде направен опит за постигане на извънсъдебно/съдебно споразумение, и които са окомплектовани с достатъчно доказателства, се внасят за разглеждане в застрахователно експертната комисия от юрисконсулта, процесуален представител на дружеството по делото и/или Директора на Дирекция „Правно обслужване и се разглеждат по реда за разглеждане на доброволни претенции.

44. Към всяка преписка, при разглеждането на която е участвал лекар – експерт, задължително се прилага писменото становище на последния, поотделно за всяко едно от пострадалите лица, в което подробно се описват: травмите, причинени от събитието; характер и степен на телесното увреждане; срок на временна или трайна загуба на работоспособност; данни за инвалидизиране и евентуална група инвалидност; прогнози за здравословното състояние. При данни за евентуални други фактори, допринесли за състоянието на пострадалото лице, същите се записват изрично в становището. Въз основа на констатациите си лекарят-експерт може да изиска от застрахователно- експертната комисия извършването на консултативен преглед на увреденото лице. При необходимост може да изиска и представяне на допълнителни медицински документи (актуални рентгенови снимки; заключения от консултации със специалисти и други документи, актуални към момента на разглеждане на претенцията, които са необходими за установяване на основанието и размера на претенцията, при спазване разпоредбата на чл. 106 от КЗ). Резултатите от допълнителния преглед или новопредставените документи се вписват в същото становище.

45. Обезщетението за неимуществени вреди се определя по справедливост. При определяне то му ЗЕК се ръководи от утвърдената съдебна и застрахователна практика. За целта се използва изготвената от Дирекция „Правно обслужване“ и одобрена от УС на дружеството таблица “Минимален и максимален размер на застрахователни обезщетения за неимуществени вреди, в съответствие със съдебната практика”. Таблицата се актуализира най-малко веднъж годишно, с цел да бъде адекватна.

46. Застрахователното обезщетение за претърпените от увреденото/пострадало лице неимуществени вреди се определя от ЗЕК при съобразяване на следните критерии:

46.1 обстоятелствата за настъпване на застрахователното събитие и механизма на причиняване на увреждането;

46.2 характера и степента на увреждането;

46.3 последващо събитието влошаване на здравословното състояние и трайно оставащо осакатяване или загрозяване, наличие и процент на трайно намалена работоспособност или временна неработоспособност; както и причинените вследствие на събитието болки и страдания, включително психически;

46.4 възраст на пострадалия, семейно, обществено и професионално положение, отношенията между пострадалия и неговите близки, претендиращи обезщетение при смърт на пострадалия;

46.5 наличието на съпричиняване от страна на пострадалото лице или независимо съпричиняване от страна на друг участник;

46.6 съдебната практика по искове за обезщетяване на неимуществени вреди за подобен род вреди към момента на разглеждане на преписката.

47. При определяне на обезщетението за имуществени вреди, изразяващи се в направени разходи във връзка с лечението на пострадалото лице, комисията се ръководи от целесъобразността на извършените разходи за лекарства, медицинско обслужване и лечение, следболнично обслужване на пострадалото лице и др., и от наличието на документи, които доказват извършването им.

48. Размерът на определеното обезщетение не може да надхвърля записаната в полицата застрахователна сума.

49. Решенията на комисията относно окончателния размер на обезщетението се вземат с консенсус. За решението по всяка преписка се изготвя протокол, в който се посочват данните на преписката и размерът на определеното обезщетение. Протоколът се подписва от всички присъствали членове на комисията.

49.1 В случаите, при които между участниците в застрахователно- експертната комисия не може да се постигне консенсус относно размера на обезщетението, преписката се докладва на директор Направление „Застрахователни обезщетения“, на Изпълнителен директор, отговарящ за ликвидационната дейност и на Изпълнителен директор, отговарящ за правното обслужване за вземане на окончателно решение.

50. За взетото от комисията решение своевременно се уведомява увреденото лице или негово упълномощено лице. В случай на съгласие от негова страна се подписва споразумение между застрахователя и увреденото лице.

50.1 Споразумението съдържа най-малко следната информация: имена на страните, дата на събитие, номер на застрахователна полица, кратко описание на произшествието и посочване на актовете, с които е установена отговорността на виновния водач, описание на получените увреждания, които се обезщетяват и проведеното лечение, описание на претърпените имуществени вреди и документите с които се установяват разходите /ако се претендират такива/, решението на застрахователя, ясно и недвусмислено съгласие на увреденото лице с определеното обезщетение. Споразумението се подписва от представляващите дружеството, съгласно регистрацията в Търговския регистър.

51. В случай, че увреденото лице не е съгласно с предложенията от застрахователно- експертната комисия размер на обезщетение, преписката се преразглежда на следващо заседание на комисията по реда, упоменат по-горе.

51.1 При невъзможност за постигане на споразумение, по банкова сметка на пострадалото лице се изплаща сумата, определена като справедливо обезщетение за претърпени вреди от ЗЕК.

52. По същия ред се разглеждат и претенции с представени влезли в сила съдебни решения/присъди срещу виновния водач и/или споразумения с последния, имащи за предмет вредите от застрахователното събитие, всички без участието на застрахователя като страна в процеса по постановяване на решението, респективно в споразумението.

53. Когато застрахователното обезщетение се получава от пълномощник на увреденото лице, включително адвокат, същият е длъжен да представи изрично нотариално заверено пълномощно, съдържащо описание на претенцията, застрахователя и застрахователното събитие.

Раздел III

Други имуществени вреди /с изключение на щети на МПС/

54. Разглеждането на преписки по претенции за обезщетяване на имуществени вреди, с изключение на щети на МПС, и определянето на обезщетението по тях се извършва от съответните структурни звена на Централно управление на дружеството и неговите структури в страната, съгласно предоставените им правомощия. При необходимост се привлича експерт – вещо лице, което е специалист по съответния вид имущество.

55. Относно разглеждането на преписки по претенции по предходната точка и извършването на оглед и съставянето на опис на щетите, се прилагат разпоредбите на Част Трета, Глава I от настоящите правила.

56. При предявяване на претенцията за обезщетяване по задължителната застраховка “Гражданска отговорност” на автомобилистите към дружеството и за нейното доказване увреденото лице е длъжно да

представи документите, удостоверяващи настъпването на застрахователното събитие, описани в част трета.

57. Въз основа на описите на щетите, съставени при огледите и представените по претенцията на застрахования документи, оторизираното от застрахователя лице изработва заключение за размера на щетите.

58. За определяне на обезщетението по преписки за причинени имуществени вреди (с изключение на вреди по МПС) се прилагат действащите в компанията методики за оценка на вреди по съответния вид имущество, прилагани при застраховките на такова имущество, като:

58.1 за увредени домашни имущества, сгради, огради, машини и съоръжения и други подобни обезщетението се определя съгласно количествените и стойностни разценки при обезщетяването на подобен вид застраховани имущества;

58.2 за увредени селскостопански култури и трайни насаждения обезщетението се определя на база експертното заключение на агроном и съгласно приетите начини на обезщетяване по застраховка на селскостопански култури;

58.3 за увредени домашни животни, птици и други, обезщетението се определя по тяхната действителна стойност, определена от ветеринарен специалист, от която се приспада реализирания приход /месо, кожа и други отпадъци/.

59. Определеното, съгласно предходната точка, обезщетение не може да надвишава действителната стойност на увреденото имущество, изчислена към датата на настъпване на застрахователното събитие, както и посочената в полицата застрахователна сума.

60. Относно плащането на застрахователното обезщетение се прилагат т. 18 и т. 19 от тези правила.

Глава трета

Уреждане на претенции по застраховки Автомобилен асисанс за България и чужбина

61. Уреждането на претенции по застраховки Автомобилен асисанс за България и Автомобилен асисанс за чужбина се извършва от асистираща компания, с която дружеството има сключен и действащ договор. Данните за контакт с нея са достъпни за всеки застрахован към момента на сключване на полицата.

62. Ползвателят на застрахователна услуга може да заплати разходи за репатриране и лично, когато обективни причини и Общите условия позволяват това. Всички директни претенции ще бъдат разгледани и дружеството ще излезе със становище относно възстановяването им.

63. При възникнали казуси, обработвани от асистираща компания, служител на Направление Застрахователни обезщетения (Дирекция Масови щети или Дирекция Международни щети) дава становище на асистиращата компания.

64. При осъществен Автомобилен асисанс за територията на България:

64.1 В началото на всеки месец, асистиращата компания изпраща справка за всички обслужени клиенти.

64.2 Оторизиран служител от направлението, извършва повторна проверка на валидност, покрити рискове, изминати километри, спазване на условията, суми и др.

64.3 След проверка, към асистиращата компания се изпраща потвърждение, за да бъде издадена фактура.

64.4 След получаването на фактурите в ЦУ, се регистрират преписки в информационната система и справката се обработва и подготвя за плащане.

65. При осъществен Автомобилен асисанс извън територията на България:

65.1 След получаване на запитване от страна на Асистиращата компания служител на дирекция Международни щети, извършва проверка на валидността на застрахователната полица и регистрира преписка в Информационната система на дружеството, като заделя резерв въз основа на представената от Асисанс компанията информация.

65.2 След събиране на всички необходими доказателства и документи относно естеството и размера на оказаните помощ и/или услуги на Застрахованото лице, Асисанс компанията предоставя документите по претенцията на служител на дирекцията, обработващ преписката и иска потвърждение от него на дължимата сума към институциите, оказали помощта. След получаване на потвърждение за размера на сумата, Асисанс компанията извършва плащането към третата страна от името и за сметка на „Дженерали Застраховане“ АД и приключва случая.

65.3 След приключване на случая, Асисанс компанията изготвя доклад и дебит нота за регулираната от нея преписка, въз основа на който се извършва разплащане между застрахователя и асистиращата компания.

Глава четвърта **Уреждане на претенции по имуществено застраховане**

Раздел I **Общи положения**

66. По реда на тази глава се уреждат претенции по застраховки „Домашно имущество“, „Имущество на малък и среден бизнес“, „Имущество на корпоративен бизнес“, СМР, електронно оборудване и други застраховки, свързани с имуществени интереси.

66.1 При уреждане на застрахователните претенции по тези застраховки се прилагат правилата на застрахователния договор, Общите и специалните условия по съответната застраховка, и настоящите правила.

66.2 Претенцията се предявява по общия ред, регламентиран в настоящите правила.

66.3 Застрахованото лице или негов представител (пълномощник) подава искане за оценка, в което обявява обстоятелства за настъпване на събитието и посочва начин за определяне на застрахователното обезщетение. Искането за оценка е съпроводено с изискуемите съгласно Общи условия по застраховката доказателства, касаещи основателността и размера на претенцията. Искането за оценка се изготвя в два екземпляра – един за застрахователя и един за застрахованото лице или неговия представител (пълномощник)

66.4 Обезщетението за всяко увредено застраховано имущество се изплаща на неговия собственик, на изрично упълномощено от него лице или на посоченото в застрахователната полица или в добавък към нея трето ползващо лице.

Раздел II

Процедура и начин на определяне на застрахователно обезщетение по имуществено застраховане

67. Застрахователното обезщетение се определя след извършване на оглед на застрахованите имущества от оторизирани представители на застрахователя в присъствието на застрахования или негов представител. По време на огледа се съставя опис на щетите по образец на застрахователя, в който се описват пълно и точно причинените повреди. Възражения, относно констатациите от страна на потребителя на застрахователни услуги могат да бъдат вписвани на място, преди да се разделят екземплярите. Изготвя се снимков материал.

68. В случаите на извършена кражба или грабеж на стоково–материални ценности, се извършва инвентаризация в обекта в присъствието на представител на застрахователя, като протокола от инвентаризацията се подписва и от него, а едно заверено копие “Вярно с оригинала” се прилага към преписката. По време на инвентаризацията присъства и МОЛ на обекта на застрахования.

69. Когато застрахованият или неговият представител не са съгласни със съставения опис, те могат да привлекат за своя сметка вещо лице и ако има различие в заключенията му с тези от огледа, се привлича независимо вещо лице, чието решение е окончателно. Разходите за него се поделят поравно между страните.

70. Когато впоследствие са открити допълнителни повреди, които не са описани в първоначалния опис на щетите, се насрочва допълнителен оглед, не по-късно от седем работни дни от датата на искането на застрахования за това. При допълнителния оглед не се признават повреди по имуществата, видими при първоначалния оглед, които не са били описани, поради каквато и да било причина.

71. Описите се съставят в два еднообразни екземпляра и се подписват от представителя на застрахователя, от застрахования или неговия представител. Екземпляр от тези описи се връчва на застрахования или неговия представител.

72. Въз основа на описите на щетите, съставени при огледите и представените по претенцията на застрахования документи, представител на застрахователя изработва заключение за:

72.1 размера на щетите;

72.2 действителната стойност на увредените имущества към датата на настъпване на застрахователното събитие.

73. Размерът на щетите представлява стойността на разходите, които са необходими за възстановяване на увредените имущества в същото състояние, в което те са били преди настъпване на застрахователното събитие.

74. Размерът на обезщетението се определя по един от следните начини:

74.1 по представени от застрахования разходни документи (оригинални фактури), при възстановяване на щетите чрез възлагане;

74.2 по представена от застрахования калкулация, при възстановяване на щетите от него по стопански начин;

74.3 по експертна оценка

75. Освен ако в застрахователната полица не е уговорено друго и застрахованият не е платил допълнителна премия за това, размерът на обезщетението се намалява с определен процент на овехтяване на имуществото към датата на настъпване на застрахователното събитие.

76. Действителната стойност на дълготрайни материални активи (ДМА) се определя по един от следните начини:

76.1 за движимо имущество- на база средни пазарни цени на конкретния вид имущества с отчитане на вида, възрастта, качеството и техническото състояние, когато съществува развит пазар за съответния вид имущества и е възможно да бъдат определени средни пазарни цени;

76.2 по метода на вещната стойност, когато е невъзможно установяването на средни пазарни цени. При използване на този метод от възстановителната стойност в ново състояние (за сгради – строителната стойност, за други имущества – покупната или производствената стойност) се приспада процент овехтяване, с оглед възрастта, начина на експлоатация и поддръжка и техническото състояние на конкретните обекти;

76.3 на база реализуемата стойност за ДМА, които не се използват по основното си предназначение, както и във всички случаи, когато предприятието или отделни части от него са в престой над 1 месец или дружеството е в ликвидация или в процедура по обявяване в несъстоятелност. Реализуемата стойност е постижимата за застрахования продажна цена на имуществата.

77. Действителната стойност на незавършено строителство, незавършено производство, готова продукция и стоки се определя на база фактически извършените, калкулирани и доказани производствени и други разходи.

78. В случай, че застрахованият не е съгласен със заключенията относно размера на щетите, процента овехтяване и/или действителната стойност на увреденото имущество, той може да ангажира за своя сметка вещо лице. Ако има разлика в заключенията, по споразумение на страните се назначава вещо лице – арбитър, като разходите за него се поделят по равно между застрахователя и застрахования.

79. В случаите по предходната т. 78 окончателната оценка се изчислява като средно аритметично число между заключението на арбитъра и усреднената стойност на първите две оценки.

80. Пълна загуба на застрахованото имущество е налице:

81.1 при кражба чрез взлом или грабеж;

81.2 когато в резултат на застрахователно събитие имуществото е увредено до степен на негодност за използване или когато разноските за възстановяването му (по експертна оценка) ще надхвърлят 75% от действителната стойност.

82. При пълна загуба, застрахователното обезщетение се определя, както следва:

82.1 в случаите по т. 81.1 застрахователното обезщетение е равно на действителната стойност на имуществата към момента на настъпване на застрахователното събитие, но не повече от застрахователната сума или остатъка от нея, когато тя е намалена чрез изплащане на обезщетения и не е извършено дозастраховане;

82.2 в случаите по т. 81.2. застрахователното обезщетение се определя по реда на т. 66.1. като се намалява със стойността на запазените части и материали, и стойността на всичко, което застрахованият би получил от реализацията на увредените имущества, предаването им за вторични суровини, рециклиране или други.

83. При частична щета, застрахователното обезщетение е равно на разходите за възстановяване на имуществото в неговото състояние преди настъпване на застрахователното събитие и намалени с процент овехтяване.

84. При установено подзастраховане, когато застраховката не е сключена при форма на застраховане “първи риск”, обезщетението за частични щети се намалява пропорционално на съотношението на застрахователната сума към действителната стойност.

85. Независимо дали е налице пълна загуба или частична щета, в размера на застрахователното обезщетение се включват и разумно направените разноски за спасяване на имуществата, за ограничаване, предотвратяване или намаляване на щетите, независимо от това, че усилията на застрахования може да са се оказали безуспешни.

86. Независимо дали е налице пълна загуба или частична щета, размерът на застрахователното обезщетение се намалява с:

86.1 договорения в полицата за съответните имущества и по съответните рискове франшиз;

86.2 сумите, които застрахованият е получил от причинителя на вредата, неговия застраховател или трети лица във връзка с нанесените щети.

86.3 остатъкът от дължимата премия, когато по полица, сключена при условията на разсрочено плащане на застрахователната премия е настъпило застрахователно събитие, вследствие на което е настъпила пълна или частична загуба на застрахованите имущества.

Глава пета

Уреждане на претенции по селскостопанско застраховане

87. По реда на тази глава се уреждат претенции по застраховки на “Земеделски култури”, “Животни” и други, свързани със застраховаеми интереси в областта на селското стопанство.

87.1 При уреждане на застрахователните претенции по тези застраховки се прилагат правилата на застрахователния договор, Общите и специалните условия по съответната застраховка, и тези правила.

87.2 Претенциите се предявяват по общия ред, регламентиран в настоящите правила.

Раздел I

Процедура и начин на определяне на застрахователно обезщетение при застраховане на земеделски култури

88. При настъпване на застрахователно събитие оценката на вредите се извършва чрез оглед от комисия, включваща специалисти (в т.ч. експерт - агроном) от Централно управление на застрахователя, в присъствието на застрахования или на негов представител. Застрахователят може да ползва вещо лице за своя сметка. За извършения оглед се съставя протокол /ликвидационен акт/, по образец на застрахователя, в два екземпляра, който се подписва от представителя/ите на Застрахователя, вещо лице, ако е участвало в огледа, както и от Застрахования или от упълномощен негов представител. Екземпляр от протокола се предоставя на застрахования.

89. Размерът на вредите се определя чрез преброяване и пресмятане на изцяло запазените, частично увредените и напълно унищожените растения или реколтата в определени по място и брой пробни парцели с еднакви размери, разположени по начин, равномерно обхващащ пострадалата култура в съответната площ /увредения блок/. За определяне на размера на вредите допълнително може да се използват тегловни методи. Вземат се също предвид възстановителната и/или компенсиращата способности на културата. Степента на увреденост се определя в процент щета. При културите с поетапно прибиране степента на увреденост се определя в процент щета за съответния етап от развитието на културата, през който е настъпила щетата.

90. Когато увредената култура след събитието продължава своето развитие и има възстановителна способност, за определяне степента на увреденост задължително се правят два огледа:

90.1 предварителен – непосредствено след събитието;

90.2 окончателен – преди прибиране на реколтата, когато се определя и окончателната щета. Степента на увреденост (процент щета) при окончателния оглед не може да бъде по-висок от процента на щета, определен при предварителния оглед;

90.3 за културите, които се прибират поетапно, правилото се прилага за всеки етап поотделно, като окончателният оглед се извършва преди прибиране на реколтата на всеки етап.

91. Само един оглед, който е окончателен, се извършва когато:

91.1 застрахованата култура и реколтата от нея е напълно унищожена;

91.2 комисията даде предписание за презасяване (презасаждане);

91.3 застрахованата култура се прибира поетапно (домати - по завръзи, тютюн - по беритбени ръце, многогодишните фуражни треви - на откоси и др.) и настъпилото застрахователно събитие е единствено за дадения етап;

91.4 застрахователното събитие е непосредствено преди прибиране на реколтата

91.5 загубите са под договорения франшиз.

92. За култури в начална фаза на развитие (житни – до края на фаза “братене”, царевица – до формиране на 4-6 лист, слънчоглед - до формиране на трета двойка същински листа, зеленчуци – наскоро разсадени, картофи – до цъфтеж, тютюн - до формиране на първа беритбена ръка и др.), които са унищожени частично или пълно, може да даде предписание за презасяване (презасаждане) със същата или с друга култура. В този случай обезщетението е равно на действително направените разходи към датата на настъпване на застрахователното събитие, но не повече от процентите, посочени в общите условия.

93. Застрахователят не дължи обезщетение за увредена продукция, която може да се използва в пряко състояние или за преработка (сокове, пектин и др.).

94. Размерът на застрахователното обезщетение се определя от действителната стойност на реколтата, като се отчетат: договорената застрахователна сума за културата, определения от комисията окончателен процент на увреждане на растенията, размера на засегнатата площ, размера на договорен франшиз, процента на установените по време на огледите незастрахователни причини и процента от предварително прибраната реколта.

95. При напълно унищожени култури и реколтата от тях, без тези с предписание за презасяване (презасаждане), размерът на застрахователното обезщетение е равен на застрахователната сума, но не повече от действителната стойност на реколтата към датата на прибирането ѝ.

96. При частично увредени култури и реколтата от тях, застрахователното обезщетение е равно на:

96.1 окончателният процент щета, умножен по застрахователната сума, когато застрахователната сума е по-малка или равна на действителната стойност на реколтата, към датата на прибирането ѝ;

96.2 окончателният процент щета, умножен по действителната стойност на реколтата, когато застрахователната сума е по-голяма от действителната стойност, към датата на прибирането ѝ.

97. Ако културата е увредена два или повече пъти от застрахователни събития, при окончателния оглед се определя общият процент щета за всички събития.

98. Застрахователното обезщетение на декар се намалява:

98.1 при частично прибрана продукция до деня на настъпване на застрахователното събитие – с процента на прибраната продукция;

98.2 при щети от незастрахователно събитие – с процента на загубата, причинена от незастрахователното събитие.

99. Процентът на вредата се закръглява с точност до цяло число. Числата с дробна част, по-малка от 0.5, се закръгляват към по-малкото цяло число, а тези с дробна част, равна или по-голяма от 0.5 – към по-голямото цяло число.

Раздел II

Процедура и начин на определяне на застрахователно обезщетение при застраховане на животни

100. За установяване на размера на вредите от настъпило застрахователно събитие, застрахователят извършва оглед на място, в присъствието на застрахования или негов представител, като може да ползва вещо лице – ветеринарен специалист за своя сметка.

100.1 при смърт на животни и птици от природни и стихийни бедствия обезщетението се определя в размер до 100% от застрахователната сума.

100.2 при смърт на животни, птици и риби от заразни заболявания, съгласно Общите условия по застраховката, обезщетението се определя в размер до 90% от застрахователната сума.

100.3 при смърт на животни от незаразни заболявания (съгл. Клауза 02 на застраховката) обезщетението се определя в размер до 70% от застрахователната сума.

101. При клане на животни по необходимост поради природни бедствия, пожар и заразни заболявания, обезщетението се изплаща в размер до 100% от застрахователната сума, от която се приспада полученият приход от месото или други останки, а при клане по необходимост поради незаразни заболявания обезщетението се изплаща в размер до 80% от застрахователната сума, от която се приспада полученият приход от месото и други останки.

101.1 При смърт или клане по необходимост на продуктивни и разплодни животни, застраховани с допълнителна сума за стойността на продукцията, към обезщетението за стойността на погиналото животно се прибавя и обезщетението за стойността на очакваната продукция в размер до 60% от застрахователната сума на същата.

102. Годността на месото и другите продукти (ако има такива) на закланите по необходимост животни и птици се установява от органите на Държавния ветеринарно-санитарен контрол (ДВСК). Когато застрахованият не е изпълнил указанията на тези органи относно клането по необходимост на пострадалите животни и птици или не са спазени ветеринарно-санитарните изисквания по оползотворяване на месото, застрахователят не поема отговорност за увеличения размер на щетите. В такива случаи при определяне на обезщетението се взема под внимание стойността на похабената продукция по вина на застрахования.

103. Размерът на обезщетението за умрели или унищожени кошери с пчели се определя за всеки кошер съобразно норми, определени от застрахователя. При гнилцови заболявания или при щети от природни и стихийни бедствия и диви животни застрахованите се обезщетяват освен за пчелни семейства и за пчелните продукти и сандъците, а при нозематоза и акароза – само за пчелните семейства.

Глава шеста Уреждане на претенции по застраховки злополука и заболяване

Раздел I Общи процедурни правила при обработка на застрахователни претенции

104. По реда на тази глава се администрират и обработват претенции по Застраховки „Злополука“, „Злополука и заболяване“, „Злополука на пътници в средствата за обществен превоз“, „Злополука на лица в превозни средства“ и „Злополука на гости на хотели“. Дейността се осъществява от дирекция „Ликвидация по злополука и здравно застраховане“.

104.1 Всяка претенция, предявена по застраховка „Злополука“ се разглежда от застрахователно-експертна комисия /ЗЕК-Злополука и заболяване/.

105. Застрахователят дължи застрахователни суми /обезщетения само за рисковете и за размерите, записани в застрахователната полица и/или в добавък към нея и в съответствие със специалните условия, които са неразделна част от застрахователния договор.

105.1 Размерът на дължимата сума за изплащане се определя въз основа на Общите и Специалните условия за застраховане на допълнителни рискове за всеки отделен риск на конкретния договор. При противоречие между общите и специалните разпоредби се прилагат специалните.

106. При предявяване на претенция от застраховано или ползващо лице същата се регистрира в ИС на дружеството. Представят се документите, посочени в общите условия на съответните застраховките.

106.1 Изискването на допълнителни документи се извършва при спазване на разпоредбите на Кодекса за застраховането, като всеки допълнително представен документ се получава с приемо-предавателен протокол или с входящ номер от деловодната система.

107. Относно уреждането на застрахователни претенции по задължителна застраховка „Злополука на пътниците в средствата за обществен превоз се прилагат разпоредбите на Кодекса за застраховането и Наредба № 49 за задължителното застраховане и за методиката за уреждане на претенции за обезщетение на вреди причинени на МПС, действаща към момента на приемане на настоящите правила (наричана по-нататък в тези правила “Наредбата”). За всички неуредени в тях въпроси се прилагат настоящите правила, доколкото не им противоречат.

108. След представяне на всички документи, преписката се разглежда и решава от ЗЕК - Злополука и заболяване в Централно управление на Дружеството.

109. Застрахователят извършва плащането на застрахователната сума или застрахователното обезщетение, или мотивирано отказва плащането в срок до 15 (петнадесет) работни дни от датата на представяне на всички необходими и писмено изискани документи.

109.1 Мотивиран писмен отговор се изпраща и когато размерът на определената застрахователна сума се различава от тази, която правоимащия/правоимащите претендира/т.

110. Застрахователната сума се изплаща на правоимащите, определени съгласно условията на договора, по банков път.

110.1 Когато в застрахователния договор е посочено да се изплати „на законните наследници“, застрахователната сума се разпределя по равно между тях.

110.2 Когато ползващото лице по застрахователния договор е и законен наследник, при отказ от наследство, същото не губи правото си да получи застрахователна сума.

110.3 Когато застраховано лице почине, след като е настъпило правото му да получи застрахователна сума за рискове, покрити по застраховката, същата се изплаща на законните му наследници.

110.4 Когато ползващо лице почине, след като е настъпило правото му да получи застрахователна сума поради смъртта на застрахования, същата се разпределя съобразно Закона за наследството.

111. Застрахователна сума може да се получи от трети лица с нотариално заверено пълномощно и само, ако в неговия текст изрично е вписано по кой застрахователен договор ще се получи сумата.

111.1 Застрахователните суми, които следва да се изплатят на малолетни или на пълнолетни, поставени под пълно или ограничено запрещение, се изплащат на законните им представители или настойници, или по банкова сметка на името на правоимащото лице, указана от негов законен представител.

112. По индивидуални застраховки се изисква представянето на застрахователния договор. При липса на застрахователен договор се попълва Декларация за липса на полица по образец на Застрахователя.

113. В случай на два или повече застрахователни договора от един и същ вид, при възникване на застрахователно събитие, суми се изплащат по всички договори, за които то е валидно.

Раздел II

Определяне размера на дължимата застрахователна сума/обезщетение

114. Размерът на дължимите застрахователни суми/обезщетения се определя в зависимост от условията на застрахователния договор и оценката за тежестта на увреждането на здравето.

115. Размерът на дължимата сума при смърт на застрахованото лице от злополука и/или заболяване е в зависимост от характера и причината за смъртта и определената в условията на конкретния договор сума за изплащане.

115.1 Застрахователят изплаща застрахователната сума за риска „Смърт вследствие на злополука“ при условие, че смъртта на Застрахования е настъпила в период до една година от датата на злополуката, при спазване на разпоредбите на Общите условия.

115.2 Застрахователят изплаща застрахователната сума за риска „Смърт вследствие на заболяване“ при условие, че заболяването е установено в периода на действие на застрахователното покритие и смъртта е настъпила в срока на договора за застраховка.

115.3 От застрахователната сума за риска смърт се приспадат вече изплатените суми/обезщетения за рисковете трайна и/или временна загуба на работоспособност в резултат на същото застрахователното събитие (злополука или заболяване), което е причината за смъртта.

115.4 В случай на смърт на Застраховано лице вследствие на Злополука или Заболяване, Застрахователят изплаща индивидуалната застрахователна сума на законните му наследници или на ползващите лица (ако застрахованото лице е посочило такива).

116. Размерът на дължимата сума при „Трайна загуба на работоспособност на застрахованото лице от злополука и/или заболяване“ е в зависимост от характера и причината за трайно загубената работоспособност, срока на инвалидизиране, датата на настъпване на събитието, довело до инвалидност, датата на инвалидизиране и определената в условията на конкретния договор база за изчисление.

116.1 Застрахователят изплаща застрахователна сума/застрахователно обезщетение в случай, че Застраховано лице претърпи Злополука и/или Заболяване в срока на валидност на застраховката и Застрахованото лице придобие трайна неработоспособност в съответствие с действащата нормативна уредба в срок до една година от деня на настъпване на застрахователното събитие, определена като процент от Индивидуалната застрахователна сума за основния риск „смърт“ или от друга сума, посочена в полицата, равен на определения процент трайна неработоспособност.

116.2 Доказването на степента на трайна неработоспособност се извършва с влязло в сила Експертно решение на компетентния орган (ТЕЛК/НЕЛК) или ЗЕК на застрахователя.

116.3 При изплащане на обезщетение за трайна загуба на работоспособност в резултат на злополука на основание представеното експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК, размерът на обезщетението се определя на база тази част от определения от ТЕЛК/НЕЛК процент трайна загуба, която е във връзка със злополуката, покрити по условията на договора, т.е. изключват се всички заболявания и др., които не са във връзка със застрахователната злополука.

116.4 Ако в експертното решение на ТЕЛК/НЕЛК са включени и проценти загубена работоспособност във връзка със заболявания на лицето, установени преди настъпване на злополуката, се изплаща обезщетение въз основа на остатъчна работоспособност на лицето към момента на сключване на застраховката.

116.5. Експертни решения, които са издадени като последващи след предходно освидетелстване за загубена работоспособност вследствие злополука/заболяване (промяна на групата инвалидност / преосвидетелстване и други Експертни решения), не се вземат предвид и застрахователят не е в риск при усложнения, настъпили в състоянието на застрахования.

116.6 Застрахователят не носи отговорност за усложнения, настъпили в състоянието на застрахования след изтичането на една година от деня на злополуката;

116.7 По искане на застрахования, при травматични ампутации на крайниците и при загуба на очи, процентът на трайната загуба на работоспособност се определя без да се чака изтичането на тримесечния срок, при завършена консолидация;

117.8 Първите клинични прояви и регистрация на заболяването, довело до намалена работоспособност трябва да са в срока на застраховката. Същото се отнася до началото на трайната загуба на работоспособност от експертното решение на ТЕЛК/НЕЛК.

116.9 В случай, че Застрахованият е получил обезщетение за временна неработоспособност вследствие на Злополука и/или Заболяване и в резултат на същото събитие придобие впоследствие трайна загуба на работоспособност, Застрахователят изплаща разликата между дължимото обезщетение за трайна неработоспособност и изплатеното преди това обезщетение за временна неработоспособност.

117. Размерът на дължимото обезщетение по риска „Временна загуба на работоспособност от злополука и/или заболяване“ се определя в зависимост от характера на събитието, причинило временно

загубената работоспособност, нейната продължителност и определения в условията на конкретния договор размер на дължимото обезщетение.

117.1 Плащания се извършват след изтичане срока на болничния лист само за реално ползван непрекъснат отпуск по болест, който се удостоверява от Работодателя на застрахованото лице;

117.2 Обезщетение за временна неработоспособност вследствие на Злополука се изплаща за всяко събитие в срока на Застрахователната полица.

117.3 Обезщетение за временна неработоспособност вследствие на Заболяване (общо, професионално или акутно заболяване) се изплаща само един път за един вид заболяване през застрахователната година.

117.4 Първите клинични прояви и регистрацията на заболяването, довело до намалена работоспособност трябва да са в срока на застраховката. Началото на временната неработоспособност/началната дата на първичния болничен лист за временна неработоспособност трябва да е в срока на действие на застрахователния договор и в периода на валидност на застраховката по отношение на застрахованото лице. Следващите болнични листове за временна неработоспособност трябва да са издадени в продължение на първия, без прекъсване.

117.5 Застрахователят изплаща обезщетение на Застрахованото лице в зависимост от продължителността на непрекъснатата временна неработоспособност в размер, така както е записано в полицата и/или в Специални условия по сключената застраховка.

117.6 При изплащане на обезщетение за временна загуба на работоспособност на деца въз основа на представен медицинско удостоверение, за продължителност на лечението се счита времето на гипсовата имобилизация и/или отсъствие от учебни занятия. В общата продължителност на временната загуба на работоспособност не се включва времето за рехабилитация и физиотерапия, за санаториално лечение, както и щадящият режим (освобождаване от физическо възпитание).

117.7 Застрахователят не изплаща суми за Временна неработоспособност вследствие на злополука и/или заболяване в случаите, когато Застрахованият вече е получил суми за Трайна неработоспособност вследствие на същото застрахователно събитие /на същата злополука или заболяване.

117.8 Застрахователят не изплаща обезщетение за временна неработоспособност за санаториално и балнеолечение, за физиотерапия и рехабилитация, освен в случаите, когато е продължение, следващо болнично лечение на последици от злополука или заболяване.

118. Дължимата сума за „Дневни пари за болничен престой“ се изплаща когато вследствие на застрахователно събитие, настъпило в срока на валидност на полицата, Застрахованото лице бъде настанено в болница за период от три и повече дни. Обезщетението се определя за всеки ден болничен престой в размер, договорен в застрахователната полица (или в добавък към нея).

118.1 Началото на болничния престой/началната дата на настаняване в болница трябва да бъде в срока на действие на застрахователния договор и в периода на валидност на застраховката по отношение на застрахованото лице.

118.2 Изплащат се суми за болничен престой само в случаите, когато правоспособен лекар/лекар-специалист е препоръчал настаняването в болница с цел лечение на последиците от покрито събитие по условията на сключената застраховка. Не се изплащат суми за болничен престой при настаняване по желание на Застрахования.

118.3 Застрахователното покритие обхваща случаите/дните, когато болничното лечение продължава непосредствено в рехабилитационно или санаториално здравно заведение.

118.4 Застрахователното покритие не обхваща случаите и Застрахователят не изплаща суми за болничен престой при балнео и/или санаториално лечение, физиотерапия и рехабилитация, освен в случаите по предходната точка.

119. Дължима сума/ обезщетение при хирургическо лечение/ Хирургически операции вследствие злополука и/или заболяване се определя и изплаща като процент от застрахователната сума, в зависимост от сложността на извършеното лечение, по Таблица за оперативно лечение, представляваща неразделна част от всеки един договор, по който се покрива този риск.

119.1 Размерът на дължимото обезщетение се определя като произведение от процента на тежест и сложност на съответната оперативна интервенция, посочен в таблицата и застрахователната сума в съответния договор.

119.2 Обезщетението по т. 119.1 се изплаща независимо от другите евентуални плащания във връзка с лечение в болнични условия (дневни пари или болнична помощ), освен ако в договора не е договорено друго.

120. Дължимата сума при следхоспитализационно възстановяване вследствие злополука и/или заболяване (Неработоспособност след болнично лечение) се определя и изплаща:

120.1 В случай на настъпване на Злополука и/или Заболяване през застрахователния период, която е довела до временна загуба на работоспособност, потвърдена съгласно медицинска експертиза и тази

временна неработоспособност е след период на болничен престой (хоспитализация), Застрахователят определя и изплаща обезщетение, договорено в застрахователната полица (или в добавък към нея) за всеки ден на следхоспитализационно възстановяване.

120.2 Покритието за следхоспитализационно възстановяване на Застрахованото лице е валидно само на територията на Република България

121. Дължимата сума при възстановяване на медицински разходи вследствие злополука и/или заболяване, дентална помощ, разходи за медицински транспорт и/или репатриране, разходи за погребение при смърт вследствие злополука и/или заболяване се изплаща:

121.1 На основание представени оригинални разходно- оправдателни документи, отговарящи на изискванията на Закона за счетоводството и Закона за ДДС, независимо от характера на разходите.

121.2 Във фактурата подробно и четливо да бъдат попълнени всички реквизити: предмет и стойностно изражение на стопанската операция, като точно се укаже видът на извършените медицински услуги, а при закупени медикаменти – описание на всеки един закупен медикамент, предписан по рецепта.

121.3 Медикаментите, трябва да са закупени по лекарско предписание в срок до 15 дни от деня на предписанието.

121.4 Максималният размер на разходите за възстановяване се лимитира в застрахователната полица и се контролира от застрахователя. При поискване от страна на застрахования, последният се уведомява за остатъка на неизчерпвания лимит.

121.5 В случай, че с предявената претенция за възстановяване на разходи надхвърля определеният в договора максимален лимит за съответната медицинска услуга, на потребителя на застрахователни услуги се възстановяват направените разходи само в частта до съответния лимит.

121.6 При възстановяване на разходи за погребение, на титуляра по фактурата се възстановяват направените разходи за погребални услуги и траурни обреди. Във възстановената сума не се включват направените разходи за храни, напитки и други подобни.

122. Дължимата сума при изгаряния от злополука се определя:

122.1 Като процент от Застрахователната сума (ЗС) по този риск, посочена в застрахователната полица, съобразен с конкретно посочения процент за степента на изгаряния.

122.2 Застрахователят изплаща предвидените суми за изгаряне независимо и/или в допълнение към обезщетението и сумите, полагащи се и/или изплатени на застрахования за временна и трайна неработоспособност от злополука.

123. Дължимата сума при фрактури от злополука се изплаща:

123.1 В случай, че застрахованото лице претърпи една или повече фрактури (счупвания), вследствие злополука. Сумата/обезщетението се изчислява на база определените в таблицата за фрактури проценти, приложени към договорената застрахователна сума.

123.2 Процентите се определят съобразно размера на фрактурите, времето и степента на очакваната и настъпила консолидация / пълна, непълна или неконсолидираност - костен дефект с минус тъкан/, при отчитане на наличието и на степента на ограничение в механиката на близките до счупванията стави, начина на лечението - консервативно с имобилизация или оперативно с метална остеосинтеза или с пластика на дефект, както и отражението на фрактурите върху общото състояние.

124. Дължимата сума/обезщетение за диагностициране на критично заболяване се изплаща след изтичане на изчаквателния период/периода на преживяване.

124.1 В случай на смърт на Застраховано лице през отлагателния или изчаквателния период, Застрахователят не е задължен да заплати Застрахователната сума/обезщетение за покритие Критични заболявания.

125. Застрахователят изплаща предвидените суми за случаите на изгаряне независимо и/или в допълнение към обезщетението и сумите, полагащи се и/или изплатени на застрахования за временна и трайна неработоспособност от злополука.

126. При застраховка „Гости на хотели“ застрахователната дума/обезщетенията за покритията по отделните раздели на застраховката, съгласно Общи условия на застраховка „Злополука и заболяване“ не могат да надвишават максималните лимити на отговорност, договорени в застрахователната полица.

126.1. Определянето на застрахователното обезщетение е в зависимост от настъпилото събитие и избраното покритие, както следва:

126.1.1 при смърт от злополука- договорената застрахователна сума, която се изплаща на законните наследници, освен ако не е уговорено друго. Дължимата сума за смърт от злополука се намалява с изплатените през срока на договора суми на застрахованото лице за трайна, временна нетрудоспособност или медицински разходи.

126.1.2 при трайно загубена или намалена работоспособност от злополука – обезщетение, представляващо процент от застрахователната сума, определен в експертното решение от ТЕЛК/НЕЛК или от ЗЕК на застрахователя. Освидетелствуването за трайно загубена или намалена

работоспособност се извършва след окончателно и пълно стабилизиране на застрахования, но не по-рано от три месеца след настъпване на злополуката и не по-късно от една година след нея. Процентът се определя в зависимост от състоянието на застрахования към този момент.

126.2. Ако в резултат на застрахователно събитие са получени увреждания с по-значителна тежест, застрахователят може да изплати авансово до 75% от предполагаемата сума съобразно състоянието на пострадалия към края на едногодишния срок от датата на злополуката, не по-рано от три месеца от нея. В този случай застрахованият задължително се освидетелства за определяне на окончателен процент трайна загуба на работоспособност.

126.3 При претендиране на медицински разноски се възстановяват разходи до лимита, посочен в полицата, направени по необходимост на територията на Република България, във връзка с претърпяна злополука/заболяване, за медицинско, извънболнично и болнично лечение, за хирургични интервенции, разходи за медикаменти, за спешни лабораторни или рентгенови изследвания, както и разходи за транспортиране.

126.4 При претендиране на разноски за репатриране и спасителни мероприятия се възстановяват се разходите в резултат на злополука, свързани с:

126.4.1 разходи за спешно медицинско транспортиране

126.4.2 разходи за транспортиране с линейка от мястото на злополуката или мястото където се намира пациента със сериозни здравни проблеми до най-близкото болнично заведение

126.4.3 за издирване, спасяване и транспортиране на застрахования до най-близкото болнично заведение за оказване на медицинска помощ;

126.5 повреда, унищожение, загуба и кражба на багаж. Застрахователното обезщетение включва разходите за поправка на повредените вещи и предмети, както и разходите за съхранението и транспортирането на намерените вещи и предмети.

127. Общата сума на всички плащания за смърт, трайно загубена или намалена работоспособност или временна неработоспособност не може да надвишава размера на застрахователната сума.

128. При индивидуални застраховки злополука със срок на действие повече от една година, общата сума по плащанията за смърт, трайна и временна загуба на работоспособност от злополука, за всяка застрахователна година, поотделно, не може да надвишава застрахователната сума, фиксирана в полицата.

Глава седма

Уреждане на претенции по застраховки "Помощ при пътуване с осигурен асистанс"

129. При уреждане на застрахователните претенции по тези застраховки се прилагат правилата на застрахователния договор, Общите и специалните условия на застраховката, и настоящите правила.

129.1 В случай на застрахователно събитие, застрахованият, негов близък, негов довереник или медицинско лице се свързва незабавно с асистиращата компания на посочените в полицата телефони и предава на същата цялата необходима медицинска и финансова информация, която се изисква по условията на застраховката или допълнително е изискана от асистиращата компания. Инструкциите на асистиращата компания се спазват стриктно от лицата по изр. първо. При условие, че след получаване на необходимата медицинска документация застрахователят оторизира асистиращата компания да поеме случая, разплащането с медицинското заведение се извършва от асистиращата компания.

129.2 Ангажирането на асистираща компания не е необходимо в случаите, когато разходите за преглед и лечение не надхвърлят 150 евро/долара.

129.3 Когато застрахованият не е успял да се свърже с асистиращата компания или в случай, че асистиращата компания даде изрични указания застрахованият сам да заплати медицинските разноски, в срок до пет дни след завръщането си в Република България, застрахованият следва писмено да уведоми застрахователя за събитието и да представи необходимите документи.

130. Относно уреждане на застрахователните претенции по тези застраховки се прилагат правилата на застрахователния договор, Общите условия и, специални условия.

131. Застрахователното обезщетение на застрахования или неговите наследници се изплаща винаги в лева. Левовата равностойност на обезщетението се изчислява по официалния курс на БНБ за валутата, която е посочена в издадения документ за извършени разходи, към датата на която се извършва плащането на застрахователното обезщетение.

132. В случаите, когато дължимата сума трябва да се преведе на здравно заведение извън Република България, където е протекло лечението или на организацията провела репатриране на застрахования, или транспортиране на тленни останки, както и в случаите на оказана правна помощ на застрахования застрахователното обезщетение се изплаща във валутата, съгласно издадения първичен документ.

Глава осма

Уреждане на претенции по транспортни застраховки

133. По реда на тази глава се уреждат претенции по застраховки на “Товари по време на транспорт”, “Отговорност на превозвача на товари по шосе” и други транспортни застраховки.

134. Относно уреждане на застрахователните претенции по тези застраховки се прилагат правилата на застрахователния договор, Общите и специалните условия по съответната застраховка, и настоящите правила.

135. Застрахованото лице или негов представител (пълномощник) уведомяват застрахователя за настъпването на застрахователно събитие в сроковете, указани в договора за застраховка, Общите условия или Специалните условия и в указаната пак там форма (писмено, по телефона, факс и др.) като могат да поискат от застрахователя инструкции за действие, които инструкции са длъжни да съблюдават в хода на развитие на случая им, с оглед уреждане на претенцията им пред застрахователя в едни последващ момент.

136. Застрахованото лице или негов представител (пълномощник) подава искане за оценка, в което обявява обстоятелствата за настъпване на застрахователното събитие. Искането за оценка е съпроводено с изискуемите съгласно Общи условия по застраховката доказателства, касаещи основателността и размера на претенцията.

Раздел I

Уреждане на претенции по застраховка “Товари по време на транспорт”

137. За определяне размера на застрахователното обезщетение се извършва оглед на увредения товар, а при необходимост и на превозните средства от аварийния комисар, съгласно Общите условия при застрахователния договор и, по преценка на застрахователя и/или аварийния комисар, от допълнително привлечени експерти и други представители на застрахователя.

138. Когато застрахованият не е съгласен с направените заключения, той може да привлече за своя сметка експерт и ако има различие в заключенията му с тези от огледа или експертните, извършени до този момент, се привлича трети независим експерт, чието заключение се приема за окончателно.

139. Размерът на застрахователното обезщетение се определя въз основа на поетите от застрахователя отговорности, представените от застрахования документи по претенцията, издаденият от аварийния комисар аварийен протокол, разследванията и експертните, извършени от застрахователя и/или от упълномощени от него лица.

140. Размерът на застрахователното обезщетение се определя както следва:

140.1 при пълна загуба на застрахования товар – в размер на застрахователната сума (при надзастраховане – застрахователната стойност), като от нея се приспада остатъчната стойност на товара, ако има такава.

140.2 при частична загуба и/или повреда:

140.2.1 в размер на направените от застрахования и/или действащите като негови представители разумни разходи за ремонт и/или подмяна на погиналите и/или увредени части на товара, необходими за възстановяване на застрахования товар в състоянието, в което е бил преди настъпване на застрахователното събитие. Разходите за ремонт и/или подмяна не могат да надхвърлят 75% от застрахователната сума (при надзастраховане – от застрахователната стойност) на товара;

140.2.2 в размер на такъв процент от застрахователната сума (при надзастраховане – от застрахователната стойност), какъвто съответства на процентната обезценка на товара, вследствие настъпилото застрахователно събитие. Обезценката се определя от аварийния комисар или от допълнително привлечен експерт на база съотношението между стойността на увредения товар в местоназначението и стойността, която същия би имал, ако беше пристигнал в неувредено състояние.

140.2.3 по споразумение със застрахования.

141. От размера на застрахователното обезщетение, определеното по реда на предходната точка, се приспадат следните суми:

141.1 уговореният в договора за застраховка франшиз;

всички суми, които застрахованият е получил от трети лица за същата загуба и/или повреда;

141.2 всички суми, които застрахованият е получил от продажбата на повредения товар или на повредени части от него, освен ако тези суми са взети предвид при определяне размера на обезщетението по реда, посочен по-горе в тези правила.

141.3 всички суми, които застрахованият е получил от трети лица за същата загуба и/или повреда;

142. От така определеното обезщетение, преди изплащането му, застрахователят удържа всички свои вземания по договора за застраховка.

143. След настъпване на застрахователно събитие, застрахователят има право като заплати цялата застрахователна сума, да се освободи от другите задължения по договора, считано от деня, в който застрахования получи уведомление за това.

143.1 Застрахователят може да упражни правото си по предходната точка, ако извести писмено застрахования за това преди изтичането на седем дни след деня, в който е получил последното съобщение за настъпване на събитието и за последиците от това.

144. При настъпване на застрахователно събитие вследствие на осъществяване на риска "кражба" в случай, че противозаконно отнетия товар бъде намерен:

144.1 преди изплащането на застрахователното обезщетение - застрахователят ще обезщети само действително претърпените загуби и/или повреди по товара, ако бъдат констатирани такива;

144.2 след изплащането на застрахователното обезщетение – застрахователят има право да иска възстановяване на разликата между изплатената сума и размера на действително претърпените загуби и/или повреди по товара, ако бъдат констатирани такива.

145. Застрахователното обезщетение се изплаща както следва:

145.1 в левовата равностойност на валутата, в която е уговорена застрахователната сума, по официалния курс на БНБ в деня на настъпване на застрахователното събитие – за застрахователни обезщетения платими на местни лица;

145.2 във валутата, в която е уговорена застрахователната сума – за застрахователни обезщетения платими на чуждестранни лица.

146. При получаване на застрахователното обезщетение, застрахованият е длъжен да предостави на застрахователя всички притежавани от него документи, доказателства и сведения, като същевременно изпълни всички формалности (суброгация и други), необходими за осъществяване правото на иск срещу третите лица (превозвач и други), виновни и/или отговорни за загубата и/или повредата.

Раздел II

Уреждане на претенции по застраховка "Отговорност на превозвача на товари по шосе"

147. Застрахователно обезщетение се изплаща въз основа на писмена претенция, отправена до застрахователя от лицето, имащо право да получи обезщетение.

148. Застрахователят обезщетява действителния размер на нанесените от настъпилото събитие вреди, в съответствие с отговорността на застрахования, произтичаща от договора за превоз и условията на тази застраховка.

149. Размерът на застрахователното обезщетение се определя въз основа на представените на застрахователя документи, както и на извършения оглед на увредения товар от аварийния комисар, както следва:

149.1 при цялостна или частична загуба на товара - съобразно стойността на товара на мястото и по времето, когато същият е приет за превоз, определена по борсовия курс или при липса на такъв – по текущата цена на пазара, или при липса на такава – по обичайната стойност на стоки от същия вид и качество;

149.2 при повреда на товара – съобразно обезценката на товара, вследствие настъпилото застрахователно събитие, определена от аварийния комисар или от допълнително привлечен експерт.

150. При повреда, размерът на застрахователното обезщетение не може да надвиши съответно:

150.1 размера на обезщетението, който би се получил при пълна загуба на товара, когато цялата пратка е обезценена от събитието;

150.2 размера на обезщетението, който би се получил при загуба на обезценената част на товара, когато само част от пратката е обезценена от събитието.

151. Независимо дали е налице пълна или частична загуба и/или повреда, в застрахователното обезщетение се включват:

151.1 превозната цена, митническите сборове и други разноски по превоза на товара в пълен размер, в случай на пълна загуба и пропорционално, в съответната пропорция, при частична загуба и/или повреда;

151.2 разумно и целесъобразно направените разноски за спасяване на товара, за ограничаване, предотвратяване или намаляване на щетите, независимо от това, че усилията на застрахования може да са се оказали безуспешни.

152. Размерът на застрахователното обезщетение, не може да надхвърли договорения лимит на отговорност на застрахователя по тази застраховка и регламентиран в чл. 23 от Конвенцията за превоз на товари по шосе.

153. От размера на застрахователното обезщетение, определено по реда на предходните точки, преди изплащането му се приспадат:

153.1 договореният в полицата франшиз;

153.2 сумите, които застрахованият, с писменото съгласие на застрахователя е изплатил на увреденото лице или неговия застраховател във връзка с нанесените щети;

153.3 сумите, които застрахованият е получил от причинителя на вредата, неговия застраховател или трети лица във връзка с нанесените щети.

154. Обезщетението за всеки увреден товар се изплаща на:

154.1 увреденото лице или на изрично упълномощено от него лице, или на встъпил в правата на увреденото лице застраховател. Пълномощното за получаване на застрахователното обезщетение следва да бъде в писмена форма, с нотариално заверен подпис.

154.2 застрахования, когато със знанието и съгласието на застрахователя, изразено писмено или въз основа на влязло в сила съдебно решение, застрахованият е удовлетворил претенциите на увреденото/ите лице/а.

Глава девета

Уреждане на претенции по застраховки на отговорности и финансови рискове

155. По реда на тази глава се уреждат претенции по видове застраховки, свързани с ангажиране на отговорност при упражняването на професии, обща гражданска отговорност и финансови рискове.

156. Относно уреждане на застрахователните претенции по тези застраховки се прилагат правилата на застрахователния договор, Общите условия, специалните условия.

157. По застраховки на отговорности Застрахователят изплаща застрахователно обезщетение въз основа на:

157.1 влязло в сила съдебно решение срещу застрахования, след представянето на всички съдебни решения или присъда с мотиви, оригинален изпълнителен лист, както и останалите необходими по общи условия документи Или

157.2 постигнато споразумение между страните по застрахователния договор и увреденото лице.

158. В случаите на изплащане на обезщетения за неимуществени и имуществени вреди на основание т.157.1, ако застрахователят не е участвал в съдебния процес или в случаите по т.157.2 се прилагат процедурите по Част Трета, Глава III от настоящите правила.

159. Обезщетението се изплаща на застрахования, когато със знанието и съгласието на застрахователя или въз основа на влязло в сила съдебно решение той е удовлетворил претенциите на увредените лица. В останалите случаи (освен в частта за съдебните разноски), обезщетението се изплаща на увреденото лице.

160. По застраховки финансови рискове претенцията по всеки един застрахован договор за лизинг се завежда за общия размер на непогасените лизингови вноски, предявени изрично от Застрахования лизингодател, като просрочени и неплатени на падеж, с включена лихва за оскъпяване. Претенцията се окомплектована с документи, доказващи основанието и размера – копие на лизингов договор, погасителен план, покани за доброволно изпълнение, суброгационни писма и др.

161. За всяка следваща неплатена от страна на лизингополучателя лизингова вноска по погасителен план се завежда отделна/поредна преписка. Застрахованият не предоставя допълнителни документи, като задължението да докаже претенцията си за съответната вноска по основание и размер се счита за изпълнено с представянето на документите по предходна претенция.

161.1 В случай, че в срока на разглеждане на претенцията лизингополучателят възстанови вноска, която застрахованият лизингодател е предявил, същата се изключва от обезщетението.

Глава Десета

Уреждане на претенции по „Медицинска Застраховка“

Раздел I

Общи процедурни правила при обработка на застрахователни претенции

162. По реда на тази глава се администрират и обработват претенции по “Медицинска застраховка“. Дейността се осъществява от дирекция „Ликвидация по злополука и здравно застраховане“.

163. Всяка претенция се разглежда от застрахователно- експертна комисия /ЗЕК- Медицинска застраховка/, чиито правомощия се уреждат от настоящите Вътрешни правила.

164. Относно уреждане на застрахователните претенции по тези застраховки се прилагат правилата на Кодекса за застраховането, застрахователния договор и избрания пакет здравни услуги, Общите условия и специалните условия на застраховката и настоящите правила.

Раздел II

Уреждане на претенции по медицинска застраховка на принципа възстановяване в пари на извършени разходи.

165. При настъпване на застрахователно събитие застрахованият е длъжен да уведоми Дружеството в съответствие с изискванията и сроковете от Общите условия и конкретния застрахователен договор. Претенция за възстановяване на разходи се попълва и подава по установения от Дружеството образец „Искане за плащане“. След регистрацията ѝ в информационната система тя получава входящ номер.

166. Застрахователят извършват следните проверки при обработка на искането за плащане:

166.1 съответствие на въведените данни в ИС при регистрацията с посочените в искането;

166.2 има ли застрахованото лице валидно покритие към датата на ползване на услугите;

166.3 включени ли са ползваните медицински услуги или стоки в покритието на договорените пакети здравни услуги, договорен ли е финансов и/или честотен лимит за тях, изключени ли са съгласно Общи и Специални условия по съответния договор;

166.4 съответствието на посочените във финансовите документи медицински услуги и/или стоки с ползваните съгласно медицинската документация;

166.5 съответствието на приложените финансови документи с изискванията на Закона за Счетоводството и Закона за данък върху добавена стойност, както и с останалите приложими към материята нормативни актове;

166.6 приложени ли са всички документи, изискуеми съгласно застрахователния договор и Общите условия към него;

166.7 съдържат ли медицинските документи всички необходими реквизити;

166.8 закупените лекарствени средства регистрирани ли са по законоустановения ред в Република България

166.9 направените разходи за здравни услуги и стоки, предоставени ли са от изпълнители на медицинска помощ и доставчици на здравни стоки, които съгласно действащото законодателство на Република България, имат право да извършват здравни/медицински услуги и да предлагат продукти и медицински изделия;

166.10 преценка на направените разходи за подходящи като тип и ниво на прилагане върху състоянието, заболяването или нараняването на пациента със съответните медицински стандарти и обичайно приетите медицински процедури

167. При констатирани при проверката несъответствия и/или непълноти в представените, или липса на задължително изискуеми такива, до застрахования се изпраща писмо с описание на установените пропуски и указания за допълнително представяне на липсващи документи в съответния договорен срок за корекция съгласно застрахователния договор.

168. При наличие на основания, които налагат претенцията да бъде отказана, се подготвя писмо за отказ.

169. Претенцията за възстановяване на разходи може да бъде уважена и само частично, като част от претендираните от застрахованото лице разходи се признават за плащане, а част от тях се отказват. На застрахования се изпраща мотивиран писмен отговор.

170. Всяко застраховано лице може да получи информация за предявените от него застрахователни претенции, чрез Интернет портала за обслужване на клиенти на Застрахователя – <https://klienti.general.bg>, където е налична информацията за: номер и дата на входяване, състояние към съответната дата, обща стойност на претенцията, одобрена сума, непризната сума, основание за отказ.

171. След приключване на всички действия по обработка на претенцията и приложените към нея документи и ако няма основания за частичен или пълен отказ, експерт от отдел „Възстановяване на разходи“ остойността претенцията, като определя размера на сумата, която дружеството признава и ще изплати на застрахованото лице. Остойносттаването се извършва по всеки от пакетите здравни услуги, по които е претендирано възстановяване на разходи по съответната претенция, като се приспада непризната

сума и самоучастието на застрахованото лице /ако такова е уговорено по съответния застрахователен договор/. За всяко искане за плащане се изготвя ликвидационен акт.

Раздел III

Уреждане на застраховаелтни претенции подадени он-лайн

172. Искане за плащане може да се подава онлайн в разработена форма в <https://klienti.generalibg/zastrahovane/shteti/ocenka-na-shteta/> само от клиентите, за които е договорено използването на услуга за онлайн подаване на претенция за възстановяване на разходи. Верифициране на тези клиенти се прави по Индивидуален здравен номер и ЕГН или ЛНЧ.

173. Експерт от отдел „Възстановяване на разходи“ получава по имейл попълнената онлайн форма на „Искане за плащане“ и регистрира искането в деня на постъпването ѝ или най-късно в първия работен ден след това в ИС и получава входящ номер, който експертът изпраща на клиента по имейл от healthinsurance.zakrila@generalibg.com

173.1. Процесът на обработка на претенциите протича съгласно описаните процедури по Раздел II на настоящата Глава.

174. Плащане по подадени претенции онлайн се извършват съгласно договорените Специални условия по съответния договор.

174.1 След определяне на застрахователната сума по основание и размер, застрахованото лице се уведомява чрез електронна поща, че определената застрахователна сума ще бъде изплатена след представяне на оригинални финансови документи.

Раздел IV

Уреждане на претенции по медицинска застраховка на принципа на абонаментно обслужване

175. Дейността по уреждане на претенции се извършва между застрахователя и изпълнителите на медицински услуги, съгласно сключените между тях договори.

175.1 Застрахованите лица нямат задължение за подаване на уведомления до застрахователя.

175.2 Застрахователят осъществява контрол по изпълнение на договорите с изпълнителите на медицинска помощ според времето на извършване е предварителен, текущ и последващ и в случай на констатирани нарушения в резултат на проверките може да се вземе решение за прекратяване на договора с конкретния изпълнител на медицинска помощ.

176. Приемането и проверката на отчетните документи, представени от изпълнителите на медицински услуги се извършва от експертите на застрахователя. Предявените претенции от лечебните заведения се регистрират в информационната система, където се извършва проверка за здравния статус на лицата, договорените цени и покритието на отчетените услуги съгласно застрахователните договори.

176.1 След приключване на проверката за всяка спецификация се изготвя ликвидационен акт и се извършват съответните плащания.

176.2 При констатирани несъответствия по спецификациите и неправилно попълнени данни се уведомява писмено съответния медицински изпълнител с указания за корекция.

177. Организацията по провеждане на профилактични прегледи се осъществява след предварително съгласуван график със застраховачия и на изпълнителите на медицински услуги се изпраща информация за пакета услуги, списък на лицата и спецификация. След приключване на профилактичните прегледи и обработка на личните здравни досиета, по един екземпляр се изпраща на лицето и Службата по трудова медицина, обслужваща застраховачия.

ЧАСТ ЧЕТВЪРТА РАЗГЛЕЖДАНЕ НА ЖАЛБИ

178. Всяка жалба се завежда в деня на нейното постъпване в деловодството на Централно управление на дружеството или в регионалната структура, в която е постъпила. Регионалните структури препращат жалбата незабавно в Централно управление. Относно постъпилите жалби се прилагат вътрешните правила на дружеството за администриране входяща кореспонденция (молби, жалби, сигнали и препоръки) от ползватели на застрахователни услуги, приети от УС на „Дженерали Застраховане“ АД.

179. Срокът за отговор на жалба е регламентиран в правилата по предходната точка и Кодекса за застраховането.

180. Справка за жалби се изпраща до Комисията по финансов надзор от Дирекция Операции и CRM.

ПРЕХОДНИ И ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

181. Настоящите Вътрешни правила не се прилагат за уреждане на претенции за застраховки на големи рискове.

182. Приетите преди датата на влизане в сила на настоящите правила и действащите към същата дата указания за изплащане на обезщетения по съответните видове застраховка образци на документи, методи и заповеди и други вътрешни актове остават в сила, доколкото не противоречат на тези правила.

183. Неразделна част от Правилата са Приложенията с описание на изискуемите документи по видове застраховки. Поясненията към описаните документи са задължителни.

184. За неуредени в някои от главите и разделите въпроси се прилагат относимите правила от други глави и раздели.

185. Настоящите Вътрешни правила за дейността по уреждане на претенции по застрахователни договори са приети на основание чл.104 от Кодекса за застраховане.

186. Правилата са публични и всеки ползвател на застрахователни услуги има достъп до тяхното съдържание в Централно управление и офисите на дружеството, както и в официалния сайт на дружеството в Интернет на адрес www.generalibg.com.

Настоящите вътрешни правила са приети от Управителния съвет на заседание, проведено на 23.06.2016г. и влизат в сила от 01.07.2016г.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1

Изискуеми документи по застраховка “Каско” на МПС

1. Копия от свидетелство за регистрация на МПС;
2. Документ за самоличност - лична карта (личен паспорт) на лицето, което е сключило застраховката (когато застраховката се сключва чрез пълномощник се представя документа за самоличност на пълномощника);
3. Документ за технически преглед на МПС, валиден за годината, в която се сключва застраховката, освен ако МПС не е спряно от движение по установения ред, а когато МПС е спряно от движение се представя документ, удостоверяващ това, издаден от компетентните държавни органи, съгласно ЗДвП;
4. Пълномощно от собственика, когато застраховката се сключва от лице, на което собственикът е предоставил за ползване МПС;
5. Ако документите, посочени в т. 1-5 вкл. са представени при сключването, застрахованият представя само декларация, че към момента на предявяване на претенцията си за плащане на застрахователно обезщетение, не са направени каквито и да било изменения в тях;
6. Документ за собственост върху МПС – например, договор за покупка, митническа декларация, фактура (за новозакупени МПС) и други. Документите се представят в оригинал и копие, което се сверява с оригинала при представянето им от оторизиран представител на застрахователя, като същият отбелязва върху копието “вярно с оригинала” и се подписва. Оригиналните документи се връщат на застрахования или водача, а завереното копие остава към преписката;
7. Копие от пълномощно на водача, даващо му правото да управлява МПС – за МПС, собственост на юридически лица, както и за МПС, собственост на физически лица, когато упълномощаването е в писмена форма;
8. Писмено уведомление за банкова сметка, по която да бъде преведено застрахователното обезщетение;
9. Други документи в зависимост от покритата от застраховката клауза, по която е настъпило застрахователното събитие.
10. Когато застрахователното събитие е ПТП:
 - 10.1. документ, доказващ настъпването на застрахователното събитие – ПТП:
 - 10.1.1. протокол за ПТП, издаден от компетентните, съгласно ЗДвП, държавни органи във всички случаи по чл. 125 от ЗДвП и чл. 201 и чл. 209 от Правилника за прилагане на Закона за движение по пътищата (ППЗДвП);

- 10.1.2.** двустранен констативен протокол за регистриране на ПТП в случаите по чл.123, ал. 1, т. 3, б."б" от ЗДвП и чл. 202 от ППЗДвП, който е регистриран в службата за контрол на МВР на територията на която е настъпило произшествието, както и надлежно попълнени анкетни карти от всички участници в ПТП;
- 10.1.3.** писмено обяснение от застрахования относно времето, мястото и всички обстоятелства, свързани с настъпването на ПТП, във всички случаи, извън тези, за които се изискват доказателствата по точки 11.1.1. или 11.1.2. В този случай застрахователят проверява описаните от застрахования обстоятелства по настъпването на застрахователното събитие и по анкетен път;
- 10.1.4.** писмено обяснение от застрахования, когато застрахователното събитие е по време на движение, но не представлява ПТП по смисъла на тези Общи условия. В писменото си обяснение, застрахованият трябва да посочи времето, мястото и всички обстоятелства, свързани с настъпването на застрахователното събитие.
- 10.2.** свидетелството за управление за съответната категория МПС на застрахования, а ако той не е управлявал МПС в момента на събитието – на водача, който е управлявал застрахованото МПС в момента на настъпване на застрахователното събитие. Свидетелството се представя в оригинал и копие, което се сверява с оригинала при представянето им от оторизиран представител на застрахователя, като същият отбелязва върху копие "вярно с оригинала" и се подписва. Оригиналният свидетелство се връща на застрахования или водача, а завереното копие остава към преписката;
- 10.3.** писмено удостоверение за резултатите от взета от водача кръвна проба за алкохол, ако в протокола за ПТП е отбелязано, че такава е взета;
- 10.4.** При валиден застрахователен договор с покритие за чужбина се изисква и:
- 10.4.1.** копие от задграничен паспорт;
- 10.4.2.** легализиран превод на протокола за ПТП, когато не е на немски или английски език;
- 10.4.3.** легализиран превод на документи за извършен транспорт или възстановяване на МПС.
- 11.** Когато застрахователното събитие е по риска Кражба, Грабеж или Щети по МПС открито след кражба или грабеж:
- 11.1.** служебна бележка от Районното полицейско управление (РПУ), за заявяване от страна на застрахования на кражбата, грабежа или противозаконното отнемане;
- 11.2.** писмено обяснение от застрахования за обстоятелствата относно настъпването на застрахователното събитие, които са му известни;
- 11.3.** постановление от прокуратурата за спиране или прекратяване на наказателното производство, образувано по повод противозаконното отнемане на застрахованото МПС или обвинително постановление от прокуратурата;
- 11.4.** пълномощно, по силата на което застрахованият упълномощава застрахователя или оторизиран негов представител с правото да се разпорежда с МПС, ако бъде намерено. Пълномощното е в сила, само след като застрахователят изплати застрахователното обезщетение;
- 11.5.** всички ключове за заключване, контактни ключове, дистанционни управления за централно заключване, аларма, имобилайзер и друга подобна сигнално-охранителна техника;
- 11.6.** декларация за гражданство и гражданско състояние на застрахования (по образец, утвърден от министъра на правосъдието) и декларация за липса на непогасени публични задължения (по образец, утвърден от министъра на финансите и министъра на правосъдието);
- 12.** Когато застрахователното събитие е по риска щети нанесени по МПС в паркирано състояние:
- 12.1.** писмено обяснение от застрахования относно времето, мястото и всички обстоятелства, свързани с удара, докато МПС е било в паркирано състояние, като застрахователят може да провери описаните от застрахования обстоятелства по настъпването на застрахователното събитие и по анкетен път.
- 12.2.** Документите по т.11.2.
- 13.** Когато застрахователното събитие е по някоя от рисковете Злоумишлени действия на трети лица, Пожар и експлозия или Природни действия се представя служебна бележка, експертиза или друг документ от регионалната служба за Противопожарна охрана, РПУ, кмета на общината или кметството или Районната хидро-метеорологическа служба по место настъпването на застрахователното събитие или ако това не е възможно – събитието се установява по анкетен път от застрахователя.

Документи по образец на застрахователя към Приложение № 1

1. Искане за оценка на щети по застраховка "Каско" на МПС
2. Възлагателно писмо;
3. Приемо-предавателен протокол за предаване на МПС на сервиз за извършване на ремонт (Образец 1);
4. Приемо – предавателен протокол за предаване на МПС след извършен ремонт (Образец 2)
5. Опис – заключение за щети на МПС.
6. Анкетна карта за установяване на обстоятелствата, при които е настъпило ПТП

Изискуеми документи по застраховка “Гражданска отговорност” на автомобилистите

1. Ако не е уговорено друго в договор или нормативен акт, увреденото лице представя документи, удостоверяващи настъпването на пътнотранспортното произшествие:
 - 1.1. Протокол за пътнотранспортно произшествие-оригинал;
 - 1.2. Акт за установяване на административно нарушение – заверено от застрахователя копие, в случаите на съпричиняване на вредоносния резултат;
 - 1.3. Наказателно постановление – заверено от застрахователя копие в случаите на съпричиняване на вредоносния резултат;
 - 1.4. Констативен протокол – заверен с мокър печат на МВР;
 - 1.5. Удостоверение издадено от органите на МВР;
 - 1.6. Двустранен констативен протокол за ПТП – оригинал, заверен от съответното териториално поделение на МВР;
 - 1.7. Анкетни карти (на всеки един от двамата участници в ПТП , в случаите на представен двустранен констативен протокол);
 2. В случаите на образувано досъдебно производство или наказателно производство, следва да бъдат представени:
 - 2.1. влязла в сила присъда с мотивите към нея- заверен препис;
 - 2.2. изпълнителен лист – оригинал, в случай на предявена претенция от лице на което са присъдени обезщетения в съдебно производство срещу прекия причинител на вредата. В случай, че застрахователят уважи частично присъдените суми на гърба на оригиналния изпълнителен лист се отбелязва размера на платеното обезщетение и датата, и същият се връща на увреденото лице;
 - 2.3. протокол от съдебно заседание с одобрено в хода му споразумение - заверен препис;
 - 2.4. влязло в сила съдебно решение на последваща инстанция – заверен препис;
 - 2.5. автотехническа експертиза изготвена в следственото/наказателното производство – заверено копие;
 - 2.6. протоколи от разпит на свидетели, ако ползвателят на застрахователни услуги разполага с тях – заверено копие;
 - 2.7. скица на местопроизшествието – заверено копие;
 - 2.8. прокурорско постановление за прекратяване/спиране на наказателно производство – заверено копие или оригинал;
 - 2.9. обвинителен акт на прокурора, ако ползвателят на застрахователни услуги разполага с него - заверено копие;
- Забележка:** От описаните по-горе документи се представят тези, които съответстват на конкретния казус.
3. Документи доказващи основанието и размера на претенцията:
 - 3.1. при имуществени вреди на МПС:
 - 3.1.1. копие от свидетелство за регистрация на МПС - заверено от застрахователя;
 - 3.1.2. копие от свидетелството за управление на водача, управлявал автомобила по време на ПТП;
 - 3.1.3. пълномощно –копие или оригинал, в случаите, в които пълномощникът има права да получава застрахователно обезщетение;
 - 3.1.4. копие от удостоверение за съдебна регистрация - за юридическите лица;
 - 3.1.5. резултат от взетата кръвна проба;
 - 3.1.6. фактура за пътна помощ- оригинал;
 - 3.1.7. фактура за извършен ремонт и /или закупени нови части.
 - 3.2. При имуществени вреди нанесени на други обекти извън МПС:
 - 3.2.1. документ за собственост върху увреденото имущество - фактура за закупуване, нотариален акт, договор за покупко-продажба, митническа декларация, копие от книгата за ДМА, инвентарна книга;
 - 3.2.2. фактура за възстановяване на увреденото имущество с приложена калкулация към нея.
 - 3.3. при неимуществени вреди:
 - 3.3.1. анкетен лист - по образец на застрахователя;
 - 3.3.2. епикризи, амбулаторни листове, фиш за спешна медицинска помощ, експертно решение на ТЕЛК /НЕЛК, съдебно-медицинска експертиза, резултати от направени медицински изследвания, рентгенографии и други документи, които са необходими за установяване на основанието и размера на претенцията, при спазване разпоредбата на чл.106 от КЗ - заверени копия;
 - 3.3.3. болнични листове- заверени от работодателя копия;
 - 3.3.4. разходни документи- в оригинал;
 - 3.3.5. удостоверение за наследници, копие от смъртен акт.
 4. Наред с изложеното по т.1, 2 и 3 претенцията се комплектова със следните документи:

- 4.1. Когато предполагаемият размер на вредите надвишава 2 000 лв., по преценка на компанията, служебно се изисква от застрахованото лице, виновно за увреждането още следните документи:
- 4.1.1. копие от писмено пълномощно (трудов договор, заповед) на водача, издадено от застрахованото лице, даващо му правото да управлява МПС – за МПС, собственост на юридически лица;
 - 4.1.2. фотокопии на свидетелство за регистрация на застрахованото МПС;
 - 4.1.3. документ за кръвна проба – при данни за употреба на алкохол;
 - 4.1.4. фотокопии от свидетелството за правоуправление на водача;
 - 4.1.5. копие от съставения акт за установяване на административно нарушение, наказателно постановление или декларация относно оспорването на вината.
- 4.2. снимков материал, изготвен при огледа на увреденото МПС в съответствие с изискванията по уреждане на претенции по застраховка на сухопътни превозни средства без релсови превозни средства ("Каско" на МПС);
- 4.3. опис – заключение, изготвено по установения от компанията образец.
5. Банкова сметка на увреденото лице/наследниците

Документи по образец на застрахователя към Приложение № 2

- 1. "Искане за оценка за вреди на имущество" по застраховка "Гражданска отговорност" на автомобилистите;
- 2. Анкетен лист – при претенция за неимуществени вреди;
- 3. Опис – протокол за оглед (при имуществени вреди нанесени на други обекти извън МПС);
- 4. Възлагателно писмо;
- 5. Приемно – предавателен протокол за предаване на МПС на сервиз за извършване на ремонт (Образец 1);
- 6. Приемно – предавателен протокол за предаване на МПС след извършен ремонт (Образец 2)
- 7. Опис – заключение за щети на МПС.
- 8. Анкетна карта за установяване на обстоятелствата, при които е настъпило ПТП.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 3

Изискуеми документи по имуществено застраховане

1. Копия от документите, изискуеми при сключване на застрахователния договор, ако тези документи по каквато и да било причина не са представени тогава или ако в тях са настъпили някакви промени. Ако тези документи са представени при сключването, застрахованият представя само декларация, че към момента на предявяване на претенцията не са направени каквито и да било изменения в тях;
2. Документи, доказващи правото на застрахования върху увреденото застраховано имущество:
- 2.1. документ за собственост;
 - 2.2. договор за наем, лизинг, консигнация или друг договор;
 - 3. Документи, издадени от съответните компетентни органи, удостоверяващи настъпването, датата и вида на застрахователно събитие:
 - 3.1. при пожар – служебна бележка, експертиза или друг документ от регионалната служба за противопожарна охрана;
 - 3.2. при мълния, буря, ураган, градушка и наводнение – служебна бележка от районната хидро-метеорологическа служба. Когато районната хидро-метеорологическа служба не е в състояние да удостовери категорично настъпването на застрахователното събитие, същото може да бъде доказано по анкетен път, като се имат предвид белезите от настъпилото застрахователно събитие по други имущества в околността.
 - 3.3. при авария на водопроводни, паропроводни, канализационни и спринклерни инсталации – протокол за авария, издаден от управителния орган на юридическото лице, от едноличния търговец или от назначена с тяхна заповед комисия;
 - 3.4. при свличане и срутване на земни пластове – документ от геоложка служба, доказващ възникването, причините, условията и повторемостта на събитието;
 - 3.5. при земетресение – бележка от Сеизмологичния институт към БАН;
 - 3.6. при злоумишлени действия на трети лица, умишлен палеж, злоумишлена експлозия, кражба чрез взлом и грабеж, включително на пари в каса или сейф:
 - 3.6.1. служебна бележка от Районното полицейско управление /РПУ/ с номер на заявителския материал;
 - 3.6.2. договор за охрана, придружен с писмени обяснения и/или извлечение от системата, с която е свързана сигнално-охранителната техника;
 - 3.6.3. постановление за спиране или прекратяване на наказателното производство и/или обвинително постановление от прокуратурата, или присъда с мотиви, ако наказателното производство е приключило.

- 3.7. документи, удостоверяващи размера на щетата, в т.ч. фактури, счетоводни справки, извлечения от книгата за ДМА, складови разписки, калкулации, инвентаризационни описи, касова книга, чертежи, проектно-сметна документация, спецификации, фирмени цени с техните основания и други документи, предварително осчетоводени и заверени с печати и подписи на материално-отговорните лица.
4. Банкова сметка на правоимащото лице по която ще бъде преведено обезщетението.

Документи по образец на застрахователя към Приложение №3

1. Искане за оценка по щети на застраховани имуществата;
2. Опис-протокол от огледа.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 4

Изискуеми документи по застраховки на земеделски култури

1. Фотокопие от ортофотокартата по ИСАК (интегрирана система за административен контрол) на всеки увреден блок, посочен в Уведомлението за настъпила вреда.
2. Попълнена Декларация по образец на застрахователя.
3. При заявени щети от пожар – писмо от ПБЗН.
4. Други документи – справки за прибрано количество продукция, справка за извършени разходи за създаване и отглеждане на трайни насаждения и интензивни култури и др.
5. Банкова сметка на правоимащото лице по която ще бъде преведено обезщетението.

Документи по образец на застрахователя към Приложение №4

1. Уведомление за щета
2. Ликвидационен акт

ПРИЛОЖЕНИЕ № 5

Изискуеми документи по застраховки на животни

1. Протокол от местната служба ПБЗН (при вреди от пожар).
2. Писмо от хидрометеорологична станция (при вреди от буря).
3. Анкета във връзка със събитието (при злополука).
4. Наредване на лицензиран ветеринарен лекар за клане по необходимост.
5. Протокол от следкланичния преглед, извършен от официалния ветеринарен лекар в кланичното заведение (при клане по необходимост).
6. Протокол от извършена аутопсия (при смърт)
7. Екарисажна бележка за получени животински трупове (при смърт)
8. Разрешение от кметството за загробване (при смърт и отсъствие на потвърдителна бележка от екарисаж).
10. Копие на страниците от амбулаторния дневник на лекуващия лекар, на които са водени записи през периода на лечение. (при различните заболявания)
11. Протокол за установено заразно заболяване при проведено лабораторно изследване.
12. Попълнена Декларация по образец на застрахователя.
13. Банкова сметка на правоимащото лице
14. Други документи – при поискване от застрахователя.

Документи по образец на застрахователя към Приложение № 5

1. Уведомление за щета
2. Констативен протокол за умрели или заклани по необходимост животни и птици или унищожени кошери с пчели.
3. Ветеринарно медицинско заключение.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 6

Изискуеми документи по застраховка „Злополука и заболяване”, „Злополука гости на хотели”, „Злополука на лица в ПС” и „Злополука на пътниците в средства за обществен превоз”

1. Искане за плащане - по образец на застрахователя;
2. При смърт от злополука/заболяване на застрахованото лице
 - Акт за смърт - копие на препис-извлечение и Съобщение за смърт - копие;
 - Документи, доказващи злополуката в зависимост от характера ѝ:

- Декларацията за трудова злополука в съответствие с чл.57 от КСО; разпореждане на НОИ в съответствие с чл.60 от КСО (в случай на трудова злополука);
- Копие от протокола за ПТП, копие от свидетелството за правоуправление, както и резултата от алкохолна проба (в случай на злополука вследствие на ПТП, при което застрахованият е бил водач на МПС);
- Епикриза - копие (ако смъртта е настъпила в болнично заведение);
- Копие на аутопсионния протокол / съдебномедицинска експертиза (ако е правена аутопсия);
- Оригинално удостоверение за наследници, издадено не по-късно от шест месеца преди датата на изплащане на сумата
- Служебна бележка – с данни за трудово правоотношение до момента на смъртта и/или заповед за прекратяване на трудовия договор /при групови полици/
- Банкова/и сметка/и на ползващото лице или на законни наследниците

3. При трайна неработоспособност вследствие злополука и/или заболяване

- Експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК, с гриф влязло в сила;
- акт за злополука – протокол от проведено състезание, акт за транспортна злополука или др.
- Медицински документи, свързани със заболяването и/или злополуката, взети предвид при определяне на трайно намалената или загубена работоспособност /при необходимост/;
- Служебна бележка от работодателя – с данни за трудово правоотношение на Застрахования и номер на застрахователния договор
- Банкова сметка на застрахованото лице по която ще бъде преведено обезщетението или застрахователната сума;

3.1 Ако неработоспособността е настъпила при трудова злополука се представят и

- Декларация за трудова злополука в съответствие с чл.57 от Кодекса за социално осигуряване/КСО/,
- Разпореждане на НОИ в съответствие с чл.60 от КСО.

3.2 Ако неработоспособността е настъпила при пътно-транспортно произшествие се представят и

- копие от протокол за ПТП, констативен протокол за произшествие с увредени лица, копие от присъда и/или съдебно решение, постановление за прекратяване или спиране на досъдебно производство, или обвинително заключение
- свидетелството за правоуправление, както и резултата от алкохолна проба (в случай на злополука вследствие на ПТП, при което застрахованият е бил водач на МПС);

4. При временна загуба на работоспособност от злополука и/или заболяване

- Копия на болнични листове (заверени от работодателя с гриф „вярно с оригинала”, поставен текст „болничните са ползвани”, подпис на длъжностно лице и печат на работодателя);
- Епикриза при провеждане на лечение в болнично заведение;
- други медицински документи;
- Служебна бележка от работодателя – с данни за трудово правоотношение на Застрахования и номер на застрахователния договор;
- акт за злополука – акт за транспортна злополука, протокол от състезание или друго;
- Банкова сметка на застрахованото лице по която ще бъде преведено обезщетението или застрахователната сума;

4.1 Ако неработоспособността е настъпила при трудова злополука се представят и

- Декларация за трудова злополука в съответствие с чл.57 от Кодекса за социално осигуряване/КСО/,
- Разпореждане на НОИ в съответствие с чл.60 от КСО.

4.2 Ако неработоспособността е настъпила при пътно-транспортно произшествие се представят и

- копие от протокол за ПТП, констативен протокол за произшествие с увредени лица, копие от присъда и/или съдебно решение, постановление за прекратяване или спиране на досъдебно производство, или обвинително заключение
- свидетелството за правоуправление, както и резултата от алкохолна проба (в случай на злополука вследствие на ПТП, при което застрахованият е бил водач на МПС);

5. При дневни пари за болничен престой /хоспитализация/ вследствие злополука и/или заболяване

- Епикриза от болничното заведение, в което е проведено лечението;
- Копия на болнични листове (заверени от работодателя с гриф „вярно с оригинала”, поставен текст „болничните са ползвани”, подпис на длъжностно лице и печат на работодателя);

- Служебна бележка от работодателя – с данни за трудово правоотношение на Застрахования и номер на застрахователния договор
- Банкова сметка на застрахованото лице по която ще бъде преведено обезщетението или застрахователната сума;

6. При възстановяване на медицински разходи вследствие злополука и/или заболяване

При възстановяване на медицински разходи за извършени медицински услуги: медицински прегледи, изследвания, лечение и хирургическа намеса, хирургично и болнично обслужване, медикаменти, медицински средства и употреба на медицински уреди, манипулации, консултации със специалист, избор на екип, и др., превозване по спешност на застрахования с линейка от мястото на злополуката /или заболяването до лечебното заведение за оказване на спешна и/или неотложна медицинска помощ; се представят:

- Оригинална фактура с фискален бон, отговарящи на изискванията на Закона за счетоводството и на Закона за ДДС. Във фактурата подробно и четливо трябва да бъдат попълнени всички реквизити, като точно се укаже видът на извършената медицинска услуга или консуматив;
- Копие на документа, удостоверяващ нуждата от проведените изследвания /медицинско направление/;
- Амбулаторни листове от прегледи при лекаря или друга медицинска документация, отразяваща резултатите от медицинската услуга и/или проведеното лечение;
- Служебна бележка от работодателя - с данни за трудово правоотношение на Застрахования и номер на застрахователния договор;
- Банкова сметка на застрахованото лице.

При възстановяване на разходи за закупени медикаменти по лекарско предписание се представят:

- Оригинална рецепта, на която ясно са изписани: датата на изписване, името на лекаря, името на пациента, търговското наименование на лекарството, дозировка и начин на прилагане, подпис и печат на лекаря;
- Оригинална фактура с фискален бон, отговарящи на изискванията на Закона за счетоводството и на Закона за ДДС. Във фактурата подробно и четливо да бъдат попълнени всички реквизити и да са описани всички закупени медикаменти – единична цена и брой. Във фактурата се попълват трите имена на застрахованото лице и ЕГН, както и на лицето, заплащащо услугата;
- Амбулаторен лист от прегледа при лекаря назначил терапията или друга медицинска документация, отразяващ необходимостта от медикаментозно лечение;
- Служебна бележка от работодателя - с данни за трудово правоотношение на Застрахования и номер на застрахователния договор
- Банкова сметка на застрахованото лице

7. При възстановяване на разходи за медицински транспорт и/или репатриране вследствие злополука и/или заболяване

При възстановяване на разходи за медицински транспорт:

- Стандартно изискуемите документи при злополука в зависимост от характера ѝ и/или заболяване;
- Медицинско направление или друг медицински документ, удостоверяващ необходимостта от незабавно медицинско транспортиране до съответното лечебно заведение за оказване на медицинска помощ;
- Оригинална фактура с фискален бон, отговарящи на изискванията на Закона за счетоводството и на Закона за ДДС;
- Служебна бележка от работодателя - с данни за трудово правоотношение на Застрахования и номер на застрахователния договор
- Банкова сметка на застрахованото лице

8. При възстановяване на ритуални разходи при смърт и за репатриране

- Стандартно изискуемите документи при смърт от злополука в зависимост от характера ѝ и/или заболяване;
- Оригинална фактура с фискален бон, отговарящи на изискванията на Закона за счетоводството и на Закона за ДДС.
- Служебна бележка от работодателя - с данни за трудово правоотношение на Застрахования и номер на застрахователния договор
- Банкова/и сметка/и на ползващото лице или на законните наследници

9. Застрахователят може да изиска и други документи, които са необходими за установяване на застрахователното събитие – относно определяне на основанието и размера на претенцията, при спазване разпоредбата на чл.107 от КЗ.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 6

Изискуеми документи по застраховка “Помощ при пътуване”

1. При случаи, когато не е ангажирана асистиращата компания, застрахованият (ползващите се лица, законни наследници) следва да представят следните документи при заявяване претенцията за обезщетение за извършени “Медицински разходи и разходи за репатриране” и /или “Трайна загуба на работоспособност или смърт от злополука”:
 - 1.1. Международен паспорт – при бизнес застраховка;
 - 1.2. Попълнена медицинска форма от здравното заведение, където е оказана медицинската помощ, по образец на застрахователя; част от застрахователния договор;
 - 1.3. Медицински документи удостоверяващи извършените услуги и съдържащи информация за диагнозата, проведеното лечение, назначени изследвания и лекарства – оригинал;
 - 1.4. Платежни документи, доказващи вида и размера на извършените разходи –в оригинал;
 - 1.5. Протоколи, удостоверяващи обстоятелствата, при които е настъпило застрахователното събитие, издадени от упълномощени за това органи – съд, болница, полиция и други документи, които са необходими за установяване на основанието и размера на претенцията, при спазване разпоредбата на чл.106 от КЗ и в зависимост от вида на събитието;
 - 1.6. Експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК, определящо процента на загубена работоспособност, при претенции по застрахователни договори, в които е включено това покритие, като допълнение;
 - 1.7. В случай на смърт – смъртен акт, удостоверение за наследници;
 - 1.8. В случай, че пострадалото лице е непълнолетно следва да се представи копие на акт за раждане;
 - 1.9. Други документи във връзка със застрахователното събитие, поискани от застрахователя при необходимост.
2. При настъпване на застрахователно събитие по клауза “Разходи, свързани със съкращаване или удължаване на престоя в чужбина” застрахованият следва да представи:
 - 2.1. документи, удостоверяващи събитието – смъртен акт на починалия роднина, удостоверителен документ за родството;
 - 2.2. презаверка на билет за връщане или новозакупен билет, фактура с касов бон за нощувки в хотел.
3. При настъпване на застрахователно събитие по клауза “Правна помощ по време на пътуването в чужбина”, застрахованият следва да представи:
 - 3.1. документи, удостоверяващи настъпването на събитието - полицейски доклад, решение на съд, акт на прокурор, следовател или друг компетентен орган;
 - 3.2. договор за правна помощ.
4. При настъпване на застрахователно събитие по клауза “Кражба чрез взлом или погиване на личен багаж”, в срок от пет дни след завръщането си в Република България, застрахованият следва да представи следните документи:
 - 4.1. документ, удостоверяващ настъпването на събитието - полицейски доклад, доклад от пожарна; решение на съд или прокуратура;
 - 4.2. опис на откраднатия/ погиван багаж.
 - 4.3. Други документи във връзка със застрахователното събитие, поискани от застрахователя при необходимост.

Документи по образец на застрахователя към Приложение № 6 и 7

1. Искане за плащане на сума

ПРИЛОЖЕНИЕ № 8

Изискуеми документи по застраховка “Товари по време на транспорт”

1. Превозния договор - комплект ж.п. товарителница, CMR товарителница - втори екземпляр, авиотоварителница – втори екземпляр, коносамент и/или друг свързан с превоза документ, поискан от застрахователя;
2. Констативен протокол, съставен от превозвача и получателя на товара за загуба и/или повреда по товара;
3. При превоз с железопътен транспорт – ж.п. констативен протокол;
4. Протокол на аварияен комисар за оглед на товара, за оценка на вредите и установяване на причините за настъпването им (съставен не по-късно от момента на получаването на товара, а когато загубата и/или повредата не е била явна при получаването на товара – до 3 /три/ дни след това);
5. Фактура за стоката, заедно с опаковъчен лист, спецификация и сертификат за произход на стоката;
6. Митнически декларации за товара;

7. Сметки, диспаши, търговски договор и други;
8. Кореспонденция с превозвача и/или друго трето лице, виновно или отговорно за настъпилите щети - протестно писмо (рекламация) и неговия отговор, ако е получен такъв;
9. Документи, издадени от съответните компетентни органи, удостоверяващи настъпването, датата и вида на застрахователното събитие, свидетелски показания, заключения на вещи лица или независими експерти;
10. Фактура с цената от продажбата на повредения товар с цел намаляване размера на щетата, потвърдена от авариен комисар;
11. Копия от документите, изисквани от застрахователя при сключване на договора за застраховка, съгласно настоящите Общи условия, ако тези документи по каквато и да било причина не са представени при сключване на застраховката или ако в тях са настъпили някакви промени. Ако тези документи са представени при сключването, застрахованият представя само декларация, че към момента на предявяване на претенцията не са направени каквито и да било изменения в тях;
12. Декларация за наличието на валидни към момента на настъпване на събитието договори за застраховка за същия товар и срещу същия риск при други застрахователи;
13. Писмено уведомление за банкова сметка на застрахования, по която да бъде преведено застрахователното обезщетение;

ПРИЛОЖЕНИЕ № 9

Изискуеми документи по застраховка "Отговорност на превозвача на товари по шосе"

1. Договор за превоз на конкретния товар - втора и трета част на товарителницата в оригинал;
2. Писмена рекламация от страна на увреденото лице към превозвача, съгласно установените изисквания съответно на Конвенцията CMR или ЗАП;
3. Приемо-предавателен протокол за увредения товар или констативен протокол от превозвача за състоянието на товара в оригинал;
4. Протокол от авариен комисар за оглед на товара, за оценка на вредите и установяване на причините за настъпването им (съставен не по-късно от момента на получаването на товара, а когато загубата и/или повредата не е била явна при получаването на товара – до 3 /три/ дни след това) в оригинал;
5. Други документи, удостоверяващи размера на вредата – фактури от ремонти, фактура от продажбата на увредения товар и други;
6. Документи, издадени от съответните компетентни органи, удостоверяващи настъпването, датата и вида на застрахователното събитие, свидетелски показания, заключения на вещи лица или независими експерти в оригинал;
7. Фактура за товара в оригинал;
8. Термолента (при превоз с хладилно превозно средство);
9. Тахошайба;
10. Митнически акт;
11. Изпълнителен лист по влязло в сила съдебно решение, в случай, че претенцията се решава по съдебен ред;
12. Копие от документите, изисквани от застрахователя при сключване на договора за застраховка, съгласно Общи условия, ако тези документи по каквато и да било причина не са представени при сключване на застраховката или ако в тях са настъпили някакви промени. Ако тези документи са представени при сключването, застрахованият представя само декларация, че към момента на предявяване на претенцията не са направени каквито и да било изменения в тях.;
13. Декларация за наличието на валидни към момента на настъпване на събитието договори за застраховка в полза на застрахования срещу същия риск при други застрахователи;
14. Банкова сметка на правоимащото лице.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 10

Изискуеми документи по застраховки на отговорности

1. Всички документи, които е следвало да бъдат представени при сключване на застрахователния договор, ако по някаква причина не са били представени към онзи момент; ако са в наличност, се попълва декларация за липса на промяна в оповестените при сключването на застрахователния договор данни;
2. Всички документи и доказателства, съставляващи отправена претенция за ангажиране на отговорността на застрахования, като например пряко свързани с дейността, за която е сключена застраховката, така и доказателства за размера на нанесената вреда на трето лице, чиято обезвреда се търси от застрахования;

3. Доказателство за спазване на всички договорно и/или нормативно установени срокове за уведомление на застрахователя за възникване на обстоятелство, които могат да ангажират отговорността на застрахования, както и доказателства, че застрахователят е бил надлежно сезиран за наличието на съдебно и/или по друг начин предявена претенция срещу застрахования;
4. Влязло в сила съдебно решение срещу застрахования или
5. Постигнато споразумение между страните по застрахователния договор и увреденото лице.
6. Заверени копия от застраховки при други застрахователи, ако има сключени такива за времето на настъпване на събитие по застрахователния договор.
7. Други документи, които са необходими за установяване на основанието и размера на претенцията, при спазване разпоредбата на чл.106 от КЗ.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 11

Изискуеми документи по „Медицинска застраховка“

1. При прегледи и манипулации в амбулаторни условия при възникнал здравен проблем:

- Амбулаторен лист/Медицинско направление (Бланка на МЗ № 119/98) с отразени диагноза, анамнеза, обективно състояние, назначени изследвания и терапия, подпис и печат на лекаря или на лечебното заведение – оригинал /при невъзможност заверено четливо копие/;
- Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички необходими реквизити, съдържаща описание на ползваните медицински услуги и техните единични цени - оригинал;
- Фискален бон – оригинал

2. При клинично-лабораторни и клинично-инструментални изследвания и образна диагностика:

- Амбулаторен лист/Медицинско направление (Бланка на МЗ № 119/98) с отразени диагноза, анамнеза, обективно състояние, назначени изследвания и терапия, подпис и печат на лекаря или на лечебното заведение – оригинал /при невъзможност заверено четливо копие/;
- Резултати от проведените изследвания, ако са били назначени такива - оригинал или копие;
- Разчитане на резултат от образна диагностика – ехографско или рентгеново изследване, ЯМР, КТ, ако е било назначено такова;
- Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички необходими реквизити, съдържаща описание на ползваните медицински услуги и техните единични цени - оригинал;
- Фискален бон – оригинал

3. При физиотерапия и рехабилитация:

- Амбулаторен лист/Медицинско направление (Бланка на МЗ № 119/98) за извършен преглед от лекар – специалист, по профила на заболяването, с отразени диагноза, анамнеза, обективно състояние и препоръка за физиотерапия и рехабилитация, подпис и печат на лекаря/лечебното заведение – оригинал/при невъзможност заверено четливо копие/;
- Амбулаторен лист, издаден от лекар - специалист „Физикална терапия и рехабилитация“ с отразен преглед и назначен комплекс от процедури – оригинал/при невъзможност заверено четливо копие/;
- Карта с назначени и проведени физиотерапевтични процедури (копие, заверено от лечебното заведение);
- Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички необходими реквизити с описани отделно всички процедури и техните единични цени – оригинал;
- Фискален бон – оригинал.

4. При наблюдение на бременност:

- Амбулаторен лист/Медицинско направление (Бланка на МЗ № 119/98) с отразени диагноза, анамнеза, обективно състояние, назначени изследвания и терапия, подпис и печат на лекаря или на лечебното заведение – оригинал;
- Резултат/интерпретация от назначени и проведени изследвания;
- Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички необходими реквизити, съдържаща описание на ползваните медицински услуги и техните единични цени - оригинал;
- Фискален бон – оригинал;

При договорена пакетна услуга "Наблюдение на бременност":

- При 100 % авансово заплащане на пакета Застрахованият получава фактура и фискален бон при регистрацията, събира оригинали на всички медицински документи по реда на извършване на медицинските услуги, съобразно обема и срока на извършването им и при приключване на наблюдението прилага всички документи /медицински и финансови/ към претенцията за възстановяване на разходи
- При заплащане на пакета на вноски, Застрахованият получава фактури и фискални бонове за всяка заплатена вноска, събира оригинали на всички медицински документи по реда на извършване на медицинските услуги, съобразно обема и срока на извършването им и при приключване на наблюдението, заплатено със съответната вноска, прилага всички документи /медицински и финансови/ към молбата за възстановяване на разходи.
- Амбулаторен лист за установяване на бременността - оригинал;

- Документ от лечебното заведение със списък на медицинските услуги – по вид и брой, включени в пакета
- Медицинския картон за наблюдение на бременност – копие
- Резултатите от назначените и извършени изследвания - копие
- Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички необходими реквизити, съдържаща описание на ползваните медицински услуги и техните единични цени - оригинал
- Фискален бон – оригинал

5. При болнично лечение:

- Епикриза с подписи на лекуващ лекар и началник клиника/отделение, дата и печат на лечебното заведение - оригинал;
- При избор на лекар/екип – Заявление за избор на лекар/екип – копие;
- Резултати от проведени изследвания, извън обхвата на клиничната пътека (в случай че са назначени) – оригинал;
- Разчитания от образна диагностика, извън обхвата на клиничната пътека (в случай че е назначена) – оригинал;
- Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички необходими реквизити, съдържаща описание на ползваните медицински услуги и техните единични цени - оригинал;
- Фискален бон – оригинал

6. При балнеолечение, физикална терапия и рехабилитация в специализирани лечебни заведения:

- Епикриза с подпис на лекуващия лекар, с препоръка за последващо рехабилитационно лечение – оригинал;
- Епикриза от Специализирана болница за рехабилитация, отразяваща проведено балнеолечение, физикална терапия и/или рехабилитация – оригинал;
- Карта с назначени и проведени физиотерапевтични/рехабилитационни процедури процедури - копие, заверено от лечебното заведение;
- Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички необходими реквизити, съдържаща описание на ползваните медицински услуги и техните единични цени - оригинал;
- Фискален бон – оригинал

7. При Раждане:

- Епикриза на родилката с подпис на лекуващия лекар и печат – оригинал или заверено ксерокопие с подпис, трите имена на заверяващото лице, дата и печат на лечебното заведение;
- При избор на лекар/екип – Заявление за избор на лекар/екип - копие, заверено от лечебното заведение с подпис и печат;
- Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички необходими реквизити, съдържаща описание на ползваните медицински услуги и техните единични цени - оригинал;
- Фискален бон – оригинал

8. При избор на лекар/екип за болнично лечение:

- Епикриза с подписи на лекуващ лекар и началник клиника/отделение, дата и печат на лечебното заведение - оригинал;
- Заявление за избор на лекар/екип от медицински специалисти - копие, заверено от лечебното заведение с подпис и печат;
- Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички необходими реквизити, съдържаща описание на ползваните медицински услуги и техните единични цени - оригинал;
- Фискален бон – оригинал

9. За лекарствени средства:

Лекарствени продукти за лечение, предписани на бяла рецептурна бланка – образец МЗ:

- Амбулаторен лист/епикриза – с отразени диагноза, анамнеза, обективно състояние, вкл. предписаните лекарствени продукти, с отразена дозировка и период на лечение – оригинал;
- Рецепта /бяла рецептурна бланка – образец МЗ/ - с отразено количество и схема на лечение за всеки медикамент, с подпис и печат на лекуващия лекар и дата на издаване – оригинал;
- Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички необходими реквизити, съдържаща описание на закупените медицински стоки и техните единични цени - оригинал;
- Фискален бон – оригинал

Лекарствени продукти, предписани на рецептурна бланка образец МЗ-НЗОК № 5 за едномесечна терапия:

- Амбулаторен лист – с отразени диагноза, анамнеза, обективно състояние, вкл. предписаните лекарствени продукти, с отразена дозировка и период на лечение – оригинал;
- Рецепта - рецептурна бланка образец МЗ-НЗОК № 5 – копие;
- Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички необходими реквизити, съдържаща описание на закупените медицински стоки и техните единични цени - оригинал;
- Фискален бон – оригинал

10 За контрастно вещество при образни изследвания:

- Амбулаторен лист/Медицинско направление (Бланка на МЗ № 119/98) с отразени диагноза, анамнеза, обективно състояние, назначени изследвания и подпис и печат на лекарят или на лечебното заведение – оригинал;

- Разчитане на резултат от образна диагностика;

- Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички необходими реквизити, съдържаща описание на закупените медицински стоки и техните единични цени - оригинал;

- Фискален бон – оригинал

11. За медицински консултативи, превързочни материали и помощни средства:

- Амбулаторен лист/Медицинско направление (Бланка на МЗ № 119/98) с отразени диагноза, анамнеза, обективно състояние, назначени изследвания и терапия, консултатив, подпис и печат на лекарят или на лечебното заведение – оригинал;

- Рецепта с отразен медицински консултатив – оригинал, с подпис на лекуващия лекар, печат на лечебното заведение и дата на издаване.

- Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички необходими реквизити, съдържаща описание на закупените медицински стоки и техните единични цени - оригинал;

- Фискален бон – оригинал

12. За импланти и скъпоструващи медицински консултативи, незаплатени от НЗОК при оперативни интервенции:

- Епикриза с подписи на лекуващ лекар и началник клиника/отделение, дата и печат на лечебното заведение - оригинал;

- Стикер или друг вид идентификационен код на медицинското изделие - оригинал;

- Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички необходими реквизити, съдържаща описание на закупените медицински стоки и техните единични цени - оригинал;

- Фискален бон – оригинал

За диоптрични стъкла за очила или контактни лещи за корекция на зрението:

- Амбулаторен лист - оригинал с подробно и четливо попълнени всички реквизити, вкл. да е отразена промяната на визуса.

- Рецепта от офталмолог – оригинал, на която ясно са изписани параметрите на корекцията на диоптъра. Описанието в рецептата е необходимо да отговаря на отразената корекция на диоптрите в амбулаторния лист от прегледа. Рецептата съдържа следните реквизити: име и подпис на лекаря, печат на лечебното заведение, град и дата на издаване, име на пациента, възраст и адрес;

- Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички необходими реквизити, съдържаща описание на закупените медицински стоки и техните единични цени - оригинал;

- Фискален бон – оригинал

13. За санитарен транспорт и допълнителни грижи и специални услуги при предоставяне на медицинска помощ:

- амбулаторен лист от медицински преглед или епикриза, документ удостоверяващ необходимостта и в следствие предоставянето на съответната услуга, издаден от изпълнител на медицинска помощ;

- Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички необходими реквизити, съдържаща описание на ползваните медицински услуги и техните единични цени - оригинал;

- Фискален бон – оригинал

14 За дентални услуги:

- амбулаторен лист с описание на извършените дентални услуги;

- Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички необходими реквизити, съдържаща описание на ползваните медицински услуги и техните единични цени - оригинал;

- Фискален бон – оригинал.