



## **ВЪТРЕШНИ ПРАВИЛА ЗА ДЕЙНОСТТА ПО УРЕЖДАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ ПРЕТЕНЦИИ ПО ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ ДОГОВОРИ**

### **1. ОСНОВНИ ПОЛОЖЕНИЯ**

- 1.1. Настоящите Вътрешни правила за дейността по уреждане на застрахователни претенции по застрахователни договори наричани за краткост „Вътрешни правила” на Inter Partner Assistance S.A. със седалище в Брюксел, Avenue Louise 166 b1, 1050, влизаща в състава на група AXA, са приети на основание чл. 104 от Кодекса за застраховане.
- 1.2. Вътрешните правила уреждат процедурите, по които застрахователят приема претенциите по застрахователните договори, събира доказателствата за установяване на техните основания и размер, извършва оценка на причинените вреди, определя размера на обезщетенията, извършва разплащанията с потребителите и разглежда жалби подадени от тях.
- 1.3. Правилата са публични и имат за цел да гарантират правата на потребителите за бързо, прозрачно и справедливо уреждане на техните претенции.
- 1.4. Политиката на Застрахователя при уреждането на претенциите се определя от принципите на коректност, законосъобразност, ликвидност, сигурност и справедливост.
- 1.5. Отношенията по предоставяне на застрахователни услуги между Застрахователя и неговите клиенти се уреждат чрез застрахователни договори и общи условия, отговарящи на изискванията на действащото законодателство.

### **2. ЗАДЪЛЖЕНИЕ ЗА УВЕДОМЯВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ ПРИ НАСТЪПВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ**

- 2.1. Застрахованите или ползващите лица са длъжни да уведомят застрахователя за настъпване на застрахователно събитие в срока, указан в Общите условия по съответния вид застраховка, в Кодекса за застраховането или в нормативен акт, регламентиращ съответния вид застраховане.
- 2.2. Уведомяването трябва да се извърши писмено по пощата, по електронна поща или телефон, указани в Общите условия или застрахователната полица.
- 2.3. Застрахователят има право да откаже плащане, ако застрахованият не е изпълнил задълженията си в сроковете по т. 2.1., с цел да попречи на застрахователя да установи обстоятелствата, при които е настъпило събитието, или ако неизпълнението е направило невъзможно установяването им от застрахователя.

### **3. ПРЕДЯВЯВАНЕ И ПРИЕМАНЕ НА ПРЕТЕНЦИИ ПО ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ ДОГОВОРИ**

- 3.1. Претенцията се предявява чрез електронно уведомление, по телефона или като се попълва формуляр Заявление за щета, комплектувана с точни данни за банкова сметка и документи, установяващи настъпването на събитието, вредите и правото на претендиращия да получи обезщетение. За всяко застрахователно събитие и от всяко ползващо лице се подава отделна претенция. Когато ползващите лица са повече от едно, с необходимите документи се комплектува само една от претенциите.
- 3.2. Претенцията се подава лично от правоимащия (застрахован/ползващо лице), негов упълномощен представител или застрахователен брокер, когато застрахованият му е възложил това. В случай, че правоимащото лице е непълнолетно или недееспособно, претенцията се подава от законния му представител, като същият докаже това си качество документално.
- 3.3. Документите, установяващи настъпването на събитието и претенцията се подават в седалището на Застрахователя или по пощата на адреса на Застрахователя: CORIS Assistance, ул. «Яков Крайков» 1А, София 1606, България или по електронен път на e-mail адрес: [operations@coris.bg](mailto:operations@coris.bg).

- 3.4. Подаването на претенции се извършва в сроковете предвидени в Общите условия на съответните застраховки, но не по-късно от давностния срок.
- 3.5. Претенциите се регистрират с уникален номер в информационната система на Застрахователя.
- 3.6. При приемане на претенцията, съответният представител на Застрахователя проверява дали са изпълнени следните изисквания:
  - a. Застрахованият да притежава валидна застрахователна полица;
  - b. застрахователните премии, предвидени в полицата да са платени в установените срокове и размер;
  - c. застрахователното събитие да е настъпило през периода на действие и в териториалния обхват на полицата;
  - d. събитието, причинило претендираните вреди, да е покрит риск съгласно сключения застрахователен договор.

#### **4. ДОКАЗАТЕЛСТВА ЗА УСТАНОВЯВАНЕ НА ОСНОВАНИЕТО И РАЗМЕРА НА ПРЕТЕНЦИИТЕ**

- 4.1. За да докаже настъпването на застрахователно събитие и размера на обезщетението, застрахованият е длъжен:
  - 4.1.1. да представи на застрахователя документите, изискуеми по Общите условия за съответния вид застраховка и/или посочени в застрахователния договор и/или в друг нормативен акт;
  - 4.1.2. да представи допълнително поисканите от застрахователя документи, пряко свързани с настъпване на събитието и размера на вредите;
  - 4.1.3. да представи цялата информация, необходима на застрахователя за установяване на основаниято и размера на обезщетението изцяло и правдиво.
- 4.2. при необходимост, застрахователят има право на достъп до цялата медицинска документация във връзка със здравословното състояние на застрахованото лице и може да я изисква от всички лица, съхраняващи такава информация.
- 4.3. Застрахователят, най-късно в срок до 45 дни от представянето на доказателствата, определени със застрахователния договор, уведомява претендиращия за необходимите допълнителни доказателства, които не са могли да бъдат предвидени в застрахователния договор при сключването му или при завеждане на претенцията, но са пряко свързани със събитието и са необходими за установяване на основаниято и размера на претенцията.
- 4.4. Не се допуска изискване на доказателства, с които претендиращият не може да се снабди поради съществуващи нормативни пречки или поради липсата на правна възможност за осигуряването им, както и на такива, за които може да бъде направена благоразумна преценка, че нямат съществено значение за установяване на основаниято и размера на претенцията и целят необосновано забавяне и удължаване на процедурата по уреждане на претенцията.
- 4.5. Документите и доказателствата се предоставят на Застрахователя:
  - 4.5.1. в оригинал - финансови документи (фактури, фискални бонове за извършени от застрахования медицински и други разходи, които той претендира да му бъдат възстановени);
  - 4.5.2. оригинал или копие на всички останали документи.
- 4.6.1. Всички доказателства се представят в седалището на Застрахователя или по пощата на адреса на Застрахователя: CORIS Assistance, ул. «Яков Крайков» 1А, София 1606, България или по електронен път на e-mail адрес: operations@coris.bg, като получаването им се удостоверява с дата и входящ номер от служител на застрахователя.
- 4.6.2. Ако документите и доказателствата са на чужд език, различен от български език, то същите трябва да бъдат придружени с официален превод на български език.
- 4.6.3. Ако застрахованият предоставя копия на документи, то същите трябва да са заверени от застрахования или от неговия упълномощен представител или от неговия законен представител за вярност с оригинала.
- 4.7. Сроковете, предвидени по чл. 108, ал. 1 от Кодекса за застраховането, започват да текат след предоставяне на всички изискани документи.

#### **5. ДОКУМЕНТИ, НЕОБХОДИМИ ЗА УСТАНОВЯВАНЕ НА ОСНОВАНИЕТО И РАЗМЕРА НА ПРЕТЕНЦИИТЕ**

- 5.1. Доказателства за установяване на основаниято и размера на претенцията са описани в Общите условия за съответния вид застраховка. В зависимост от характера на застрахователното събитие, заедно с подаването

на претенцията се представят документи, свързани с настъпване на събитието, размера на обезщетението и идентифицирането на ползващите лица.

- 5.2. Застрахованото лице е длъжно да представи необходимите документи за доказване на настъпило застрахователно събитие.
- 5.3. За оценка на вредите Застрахователят провежда оглед на увреденото имущество. Огледът се извършва от представител на Застрахователя и Застрахования или негов пълномощник. При необходимост от специални знания в огледа на имуществото се включва и вещо лице, което се посочва от Застрахователя. В случаите, когато щетата е причинена от трето лице и то е известно, по възможност се осигурява присъствие и на това лице или негов представител.
- 5.4. Фактите и обстоятелствата, които се установяват по време на огледа се вписват в констативен протокол за оглед на щетата. Протоколът се изготвя по време на извършване на огледа по образец на Застрахователя.
- 5.5. Констативният протокол за огледа се подписва от всички участници в него в два екземпляра, като единият се предоставя на Застрахования. В случай, че Застрахованият не е съгласен с направените в протокола констатации това може да се отбележи в протокола и същият се подписва от Застрахования с особено мнение

## **6. ОПРЕДЕЛЯНЕ РАЗМЕРА НА ОБЕЗЩЕТЕНИЯТА**

- 6.1. Застрахователното обезщетение се определя от Застрахователя в границите на определената със застрахователния договор застрахователна сума и при спазване нормите на Кодекса за застраховането. Лимитът на застрахователното покритие по застраховката за всяко събитие се определя с полицата.
- 6.2. Застрахователят определя дължимото обезщетение съобразно размера на застрахователната сума, вида на застрахователното събитие, последиците от него и представените доказателства за установяване на основанието и размера на обезщетението.
- 6.3. Застрахователят предоставя застрахователното обезщетение в пари или в натура съобразно уговореното в застрахователния договор.
- 6.4. При предявяване на претенция за плащане на извършени разходи, размерът на обезщетението се определя от размера на действително направените разходи от застрахования в съответствие с покритието по застрахователната полица. Обезщетението се доказва въз основа представени медицински и финансови документи.

## **7. КОМПЛЕКТОВАНЕ И ОПРЕДЕЛЯНЕ ОСНОВАТЕЛНОСТТА НА ПРЕТЕНЦИЯТА**

- 7.1. Всяка претенция се комплектува от служител на застрахователя с:
  - 7.1.1. формуляр Заявление за щета, освен в случаите, когато претенцията е подадена чрез електронното уведомление;
  - 7.1.2. документи и становища, получени от претендента и компетентните органи във връзка със застрахователното събитие;
  - 7.1.3. решение за изплащане на обезщетение или мотивирано предложение за отказ за изплащане на обезщетение.
  - 7.1.4. Обезщетението се определя при спазване на следните принципи:
  - 7.1.5. при изготвяне на решението по т. 7.1.3. компетентният служител на застрахователя е длъжен да се убеди, че претенцията е доказана по основание и размер, а именно че:
  - 7.1.6. застрахователният договор е в сила към датата на настъпване на събитието;
  - 7.1.7. застрахователното събитие е настъпило вследствие проявлението на риск, покрит по условията на застрахователния договор;
  - 7.1.8. няма нарушение на задължения по договора от страна на застрахования.

## **8. PAYMENT OF SUM INSURED AND INSURANCE INDEMNITIES**

- 8.1. Застрахователни суми или обезщетения се изплащат в срок, указан в съответната полица, но не по-късно от 15 работни дни от представяне на всички необходими доказателства.
- 8.2. Плащането на застрахователната сума или обезщетение се извършва, чрез банков превод по посочена от претендиращия банкова сметка, като отговорността за правилното посочване на данните е на претендиращия.

- 8.3. В случаите, когато Застрахователят е изплатил обезщетение по застрахователен договор за имуществена щета, виновно причинена от трето лице, той встъпва в правата на Застрахования срещу третото лице до размера на изплатеното застрахователно обезщетение и направените разходи. Отказът на Застрахования от правата му срещу третото лице, виновно причинило щетата, е недействителен спрямо Застрахователя.
- 8.4. При изплащането на обезщетения се прилагат Общите условия по съответния вид полица, както и настоящите Правила.

## **9. ОТКАЗ ЗА ИЗПЛАЩАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ОБЕЗЩЕТЕНИЕ**

- 9.1. Отказ за изплащане на обезщетение се прави при наличие на едно или повече от следните обстоятелства:
  - 9.1.1. застрахователният договор не е бил в сила към датата на събитието;
  - 9.1.2. събитието не е настъпило вследствие проявлението на риск, покрит по условията на договора, или се дължи на изключен риск;
  - 9.1.3. при неизпълнение на задължение по застрахователния договор от страна на застрахования, което е значително с оглед интереса на застрахователя, било е предвидено в закон или в застрахователния договор и е довело до възникване на застрахователното събитие; ;
  - 9.1.4. застрахованият или третото ползващо лице не са предоставили документи, необходими за доказването на основанието за изплащане на обезщетение, които са били изискани от застрахователя;
  - 9.1.5. застрахованият или ползващото лице са представили документи с невярно съдържание, неистински, подправени или фалшиви документи или по друг начин са се опитали да заблудят или измамат застрахователя;
  - 9.1.6. застрахованият или ползващото лице възпрепятстват застрахователя да получи информация за здравословното състояние на застрахования или проведеното лечение от лекуващите го лекари, болнични заведения или от работодател, необходими за изясняване на основанието и размера на претенцията.
- 9.2. При отказ за изплащане на застрахователно обезщетение или част от него, по подадена писмена претенция, застрахователят уведомява претендента писмено, като излага мотивите за взетото решение в срок, указан в съответната полица, но не по-късно от 15 работни дни от представяне на всички необходими доказателства.
- 9.3. При липса на доказателства относно основание или размера на претенцията, застрахователя е длъжен да се произнесе не по-късно от 6 месеца от датата на предявяването на претенцията.

## **10. РАЗГЛЕЖДАНЕ НА ЖАЛБИ**

- 10.1. Жалби по подадени претенции се приемат в в седалището на Застрахователя или по пощата на адреса на Застрахователя: CORIS Assistance, ул. «Яков Крайков» 1А, София 1606, България или по електронен път на e-mail адрес: operations@coris.bg. Към жалбата може да се приложат нови писмени доказателства, които не са били представени и са относими към застрахователното събитие, причините за настъпването, основанието и размерът на застрахователното обезщетение.
- 10.2. За всички постъпили в дружеството жалби се води регистър.
- 10.3. Ако в процеса на разглеждане на жалбата бъде необходимо получаване на допълнителна информация, свързана със заявлението, Застрахователят информира Застрахования писмено за това.
- 10.4. Застрахователят представя писмено в рамките на 7 дни от датата на получаване на жалбата фактическите и правните основания на решението за изплащане на обезщетение. За спазване на този срок достатъчно е отговорът да бъде изпратен преди неговото изтичане.
- 10.5. Отговорът на Застрахователя се изпраща на адреса на Застрахования, освен ако Застрахования не е поискал изпращане на отговора по електронна поща – тогава отговорът се изпраща по електронен път на посочения e-mail адрес.
- 10.6. Ако отговорът не удовлетворява Застрахования, то той може да предяви претенцията си по съдебен път. Споровете се решават от компетентния съд съгласно законодателството на Република България.
- 10.7. Ако спорът не може да бъде разрешен след подадена жалба, адресирана директно до застрахователя, то Застрахования:
  - 10.7.1. може да се обърне към Секторната помирителна комисия за разрешаване на спорове в областта на застраховането и посредничеството при застраховане към Комисията за защита на потребителите в съответствие с разпоредбите на Закона за защита на потребителите, и може да подаде жалба до

Комисията за защита на потребителите в съответствие с разпоредбите на Закона за защита на потребителите.

- 10.7.2. може да кандидатства за съдействие от правоспособен медиатор в съответствие с разпоредбите на Закона за защита на потребителите.
- 10.7.3. може да подаде жалба до Комисията за финансов надзор в съответствие с разпоредбите на член 290, ал. 1 от Кодекса за застраховането.
- 10.8. Жалби, подадени повторно по въпрос, по който има решение, не се разглеждат, освен ако са във връзка с изпълнението на решението или се основават на нови факти и обстоятелства.
- 10.9. Жалбите, които не се разглеждат, се връщат на подателя, като му се съобщават и основанията за това.

Тези Вътрешни правила за приети от Съвета на директорите Inter Partner Assistance S.A. със седалище в Брюксел, Avenue Louise 166 b1, 1050, влизаща в състава на група АХА, на 23 ноември 2020 година.