

ПРАВИЛА ЗА ДЕЙНОСТТА ПО УРЕЖДАНЕ НА ПРЕТЕНЦИИ ПО ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ ДОГОВОРИ

С тези правила се уреждат процедурите, по които Животозастрахователна компания „Съгласие“ АД (наричано по-нататък „Застрахователят“, „Дружеството“) приема претенциите по сключени застрахователни договори с дружеството.

Настоящите правила уреждат още събирането на доказателства за установяване основанието и размера на застрахователните претенции, определянето размера на застрахователното плащане, разплащанията с ползвателите на застрахователни услуги, както и реда за разглеждане на жалби, подадени от тях.

Правилата са приети на основание чл. 104, ал. 1 от Кодекса за застраховането и имат за цел гарантиране правата на ползвателите на застрахователни услуги за бързо, прозрачно и справедливо уреждане на техните застрахователни претенции.

Правилата са публични, като застрахователят ги публикува на страницата си в Интернет и осигурява безплатен достъп до тях в местата, където извършва дейност.

I. ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ (изм. и доп. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г.)

Член 1

(изм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г., Протокол № 3 от 08.02.2021г.)

Разпоредбите на тази глава уреждат общите изисквания към процеса за уреждане на застрахователни претенции.

Застрахователят може да приема указания и други вътрешни актове, допълващи действието на настоящите вътрешни правила.

Член 2

(изм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г., Протокол № 3 от 08.02.2021г.)

Уреждането на застрахователната претенция е процес, който започва от датата на предявяване на застрахователната претенция до окончателното произнасяне на застрахователя по нея.

Процесът по уреждане на застрахователните претенции се извършва в дирекция „Животозастраховане“.

Член 3

(изм. и доп. с решение на СД по Протокол № 3 от 08.02.2021 г.)

3.1. Данните в искането за застрахователно плащане са обект на конфиденциалност. Служителите, обработващи исканията за застрахователни плащания, както и всички останали служители, които имат достъп до тази информация, са длъжни да спазват правилата за конфиденциалност и вътрешните процедури на компанията с цел предотвратяване използването на тази информация от неоторизирани лица, както по време на решаване на застрахователната претенция, така и след нейното приключване.

3.2. Застрахователят няма право да предоставя информацията за претенцията на трети лица, освен на лицето, за което се отнасят данните, неговите законни наследници, ползващото се лице, както и на лицата, на които лицето, за което се отнасят данните, е дало изричното си писмено съгласие за предоставянето им.

3.3. Служителите на застрахователя нямат право да дават представените по повод заведената застрахователна претенция оригинали на документи, освен на лицето, за което се отнасят данните или на неговите законни наследници. Оригинали на документи

могат да се предоставят на компетентните държавни органи, когато са необходими в хода на провеждано тяхно разследване. В този случай на оригиналите се прави копие, което остава към документите по заведената претенция, като към копието се съставя доклад, удостоверяващ местонахождението на оригиналите. Предаването на оригинални документи става само с приемо-предавателен протокол или писмо с обратна разписка с описание на предоставените документи.

3.4. Всички копия на документи, използвани в процеса по уреждане на претенциите, се обозначават с печат „Вярно с оригинала“ и подпис на служителя, извършил сверяването. Застрахователят приема и нотариално заверени копия на оригиналните документи.

II. ПРИЕМАНЕ НА ИСКАНЕ ЗА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ПЛАЩАНЕ И УРЕЖДАНЕ НА ПРЕТЕНЦИИ ПО ЗАСТРАХОВКИ „ЖИВОТ“ И „ЗЛОПОЛУКА“

Член 4

(изм. и доп. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г., Протокол № 129 от 29.02.2016 г., Протокол № 3 от 08.02.2021 г.)

4.1. Лице, което има право да получи застрахователно обезщетение по сключен застрахователен договор, е длъжно да отправи писмена застрахователна претенция към застрахователя. Лицето е длъжно с представянето на претенцията да предостави пълни и точни данни за банковата сметка, по която да се извършат плащанията от страна на застрахователя.

4.2. Искането за застрахователно плащане се подава лично в централното управление на застрахователя, в негова агенция, по пощата или чрез представител на застрахователя/застрахования/ползващите лица (представител по закон или представител, упълномощен с изрично нотариално заверено пълномощно) в сроковете, определени в действащата нормативна уредба и в Общите условия по всеки застрахователен продукт. В случай че правоимащото лице е непълнолетно или недееспособно, претенцията се подава от законния му представител, като същият следва да докаже това си качество с нарочен документ.

4.3. Застрахователят няма право да откаже регистрирането на предявена застрахователна претенция.

4.4. Непредставянето на данни за банковата сметка от страна на лицето, което желае да получи застрахователна сума или обезщетение, има последиците на забава на кредитора по отношение на плащането, като застрахователят не дължи лихва по чл. 409 от Кодекса за застраховането.

Член 5

(изм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г., Протокол № 129 от 29.02.2016 г., № 3 от 08.02.2021 г.)

5.1. Приемането на искането се потвърждава с поставянето на входящ номер и дата в деня на получаване му в централно управление на застрахователя (ЦУ). В случай че искането се подава в някоя от агенциите на застрахователя, то трябва да бъде придвижено незабавно към централно управление.

5.2. В случай че искането се подава лично в ЦУ, служителят, който приема документите проверява и потвърждава, че искането е попълнено правилно. Неточности, непълноти или грешки в попълненото искане се поправят само от заявителя.

5.3. В случай че искането е получено по пощата или чрез представител на застрахователя/застрахования и след получаването му са констатирани неточности, непълноти или грешки в попълненото искане, застрахователят отправя писмено искане до заявителя за отстраняването им.

5.4. В случаите, когато няма сключен застрахователен договор или той не е в сила, служителите отбелязват това на искането за застрахователно плащане и писмено уведомяват заявителя.

5.5. В случай че при завеждане и/или обработка на претенция се установи конфликт на интереси, същият трябва да бъде докладван незабавно на прекия ръководител за даване на указания за понататъшното разпределение на претенция.

Член 6

(изм. и доп. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г., Протокол № 84 от 27.05.2013 г., Протокол № 129 от 29.02.2016 г., Протокол № 3 от 08.02.2021 г.)

6.1. Заявлението за застрахователна претенция е по образец на застрахователя и съдържа задължително следната информация:

- Номер на застрахователния договор;
- Три имена и ЕГН на лицето, което предявява искането;
- Покритият риск, по който се предявява претенцията;
- Банкова сметка;
- Адрес и телефон за кореспонденция на предявяващия искането.

6.2. При липса на информация по предходните точки, служител от дирекция „Животозастраховане“ извършва необходимите уточнения (номер на полица от информационната система; покрит риск според условията на застраховката; адрес – от адреса за кореспонденция посочен в договора и пр.). При невъзможност да се събере необходимата информация се счита, че искането не е коректно попълнено и се изисква от клиента да се направят съответните уточнения. Сроктът за разглеждане на искането започва да тече от датата на отстраняване на нередовностите.

6.3. Към искането се прилагат следните документи и информация:

- Документи, удостоверяващи наличието на сключен и действащ застрахователен договор със застрахователя – застрахователна полица, платежен документ за последна платена премия, както и евентуално издадените добавъци към застрахователния договор;
- Документи, идентифициращи лицето – документ за самоличност за физически лица или удостоверение за актуално състояние за юридически лица;
- Документи, удостоверяващи качеството на лицето и правото му да получи претендираната застрахователна сума или обезщетение – удостоверение за наследници, ако няма посочени бенефициери по полицата, нотариално заверено пълномощно, служебна бележка от работодателя и др.
- Документи, удостоверяващи събитието, в зависимост от настъпилия риск:
 - Препис-извлечение на акт за смърт в случай на смърт, заедно със Съобщението за смърт;
 - Решение на ТЕЛК/НЕЛК;
 - Акт или декларация за злополука – документи издадени от МВР (протоколи за ПТП, служебни бележки и др.), от съдилищата, прокуратурата и следствените органи (съдебни решения, наказателни постановления и др.); от работодателя и НОИ (декларация и протокол от разследване на трудова злополука, разпореждане на НОИ и др.) или други документи, съдържащи информация за обстоятелствата, при които е настъпило събитието;
 - Медицински документи от лицензирани здравни органи или заведения – болнични листове, амбулаторни листове, ЛАК, направления, медицински удостоверения,

епикризи, оперативни протоколи, рентгенови снимки, протоколи на ЛКК, решения на ТЕЛК/НЕЛК и др. официални медицински документи;

- Сведение за настъпило застрахователно събитие – формуляр по образец на застрахователя, описващ обстоятелствата, при които е настъпило събитието;
- Документи, удостоверяващи извършените от лицето разходи – рецепти, фактури с приложен фискален бон за закупени медикаменти и консумативи и др.;
- Документ за самоличност на застрахования или нотариално заверена декларация от застрахования, удостоверяваща доживяване крайната дата на договора, когато не се явява лично да предяви застрахователното плащане;
- Други допълнителни документи и информация, свързани със събитието съгласно чл. 106 от Кодекса за застраховането или други документи и информация, предвидени в Общите и Специалните условия за съответния вид застраховка.

В зависимост от вида на настъпилото застрахователно събитие и покритите по конкретния застрахователен договор рискове, заявителят представя посочените по-горе документи, като те са определящи за установяване на основанието и размера на претенцията.

6.4. Към искането се прилага и нотариално заверено изрично пълномощно, ако сумите следва да бъдат изплатени чрез застрахователен посредник или друго лице, съгласно чл. 338, ал. 1 от Кодекса за застраховането. Застрахователят предоставя образец на пълномощното, при изразено желание от страна на ползвателя на застрахователни услуги.

Член 7

(отм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г.)

Член 8

(отм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г.)

Член 9

(отм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г.)

Член 10

(изм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г. , Протокол № 129 от 29.02.2016 г., отм. с Протокол № 3 от 08.02.2021 г.)

Член 11

(отм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г.)

Член 12

(отм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г.)

Член 13

(отм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г.)

Член 14

(отм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г.)

Член 15

(изм. и доп. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г., Протокол № 84 от 27.05.2013 г.)

Всяко представяне на документи по претенции и жалби се удостоверява с входящ номер и дата в деловодството на застрахователя.

Член 16

(изм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г., изм. и доп. с решение на СД по Протокол № 3 от 08.02.2021 г., изм. и доп. с решение на СД по Протокол № 3 от 31.01.2022 г.)

16.1. Застрахователят е длъжен в писмен вид да изиска необходимите документи от заявителя, ако при предявяване на застрахователна претенция, не са приложени всички документи, необходими за доказване на застрахователната претенция.

16.2. Застрахователят е длъжен да изиска необходимите данни, които са важни за установяване на фактите и обстоятелствата, при които е настъпило застрахователното събитие, както и определяне на размера на застрахователното плащане. Той може да изиска тази информация от държавни органи, здравни и болнични заведения, други застрахователни компании, застрахователни посредници, свидетели на събитието и други.

16.3. Допълнителни доказателства се изискват само когато не са били предвидени в застрахователния договор при сключването му и които са необходими за установяване на основанието и размера на предявената претенция, в срок от 45 дни от датата на представяне на доказателствата, изискани при предявяване на претенцията и изброени в застрахователния договор и настоящите правила.

16.4. Не се допуска изискване на доказателства, с които застрахованият/третото ползващо се лице не може да се снабди поради съществуващи нормативни пречки или поради липсата на правна възможност за осигуряването им, както и на такива, за които може да бъде направена благоразумна преценка, че нямат съществено значение за установяване на основанието и размера на претенцията и целят необосновано забавяне и удължаване на процедурата по уреждане на претенцията.

16.5. За нуждите на установяване на застрахователното събитие и на вредите, причинени от него, Застрахователят има право да получи необходимата информация, съхранявана от органите на Министерството на вътрешните работи, разследващите органи, другите държавни органи, личния лекар, лечебните и здравните заведения и лицата, които имат право да удостоверяват настъпването на обстоятелства, както и заверени преписи от документи. Когато исканата информация е част от материалите по предварителното производство, прокурорът разрешава достъпа до нея.

16.6. Когато информацията по т. 16.5. представлява защитена от закона тайна, при предоставянето ѝ на лицата писмено и срещу подпис се разясняват задълженията им да не я разгласяват, както и последиците от нейното нерегламентирано разгласяване.

16.7. Преди сключване на договор за застраховка „Живот“, „Допълнителна застраховка“, застраховка „Злополука“ и техните разновидности, както и по време на действието на договора, Застрахователят има право да получи подробна и точна информация относно възрастта, пола и здравословното състояние на лицето, чийто живот, здраве или телесна цялост са предмет на застраховане.

16.8. При настъпване на застрахователно събитие, Застрахователят има право на достъп до цялата медицинска документация във връзка със здравословното състояние на лицето, чийто живот и/или здраве е застрахован, и може да я изисква от всички лица, съхраняващи такава информация.

Член 17

(изм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г., Протокол № 3 от 08.02.2021г.)

При писмено заявление от страна на лицето, за което се отнасят данните или неговите законни наследници, застрахователят трябва да върне всички оригинални документи, включени в списъка по претенцията. Застрахователят прави копия на оригиналите, след

което приключва застрахователната претенция и я архивира. Предаването на оригинални документи става само с приемо-предавателен протокол или писмо с обратна разписка с описание на върнатите документи.

Член 18

(изм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г., отм. с решение на СД по Протокол № 129 от 29.02.2016 г.)

Член 19

(изм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г., Протокол № 3 от 08.02.2021г.)

19.1. Въз основа на предоставената информация и доказателства по предявената застрахователна претенция, служител на дирекция „Животозастраховане“ извършва оценка на претенцията въз основа на наличната документация, свързана със застрахователното събитие, проверява статуса на застрахователната полица в информационната система, условията на сключения застрахователен договор и преценява необходимостта от допълнителни доказателства.

19.2. Експертът от дирекция „Животозастраховане“ извършва преценка на медицинските последици в резултат на настъпилото застрахователно събитие на базата на получената медицинска документация. При необходимост се консултира с доверения лекар на застрахователя, който се произнася с писмено мотивирано становище по случая. Довереният лекар на застрахователя не дава мнение за основанията за плащане на претенцията, а само по медицинските въпроси и факти, които са важни при взимане на решение за основанията за решаване на претенцията. Писменото становище на доверения лекар става част от застрахователната преписка.

19.3. В зависимост от естеството и сложността на претенцията, същата може да бъде консултирана и с юрист, актюер или с финансово-счетоводен експерт на застрахователя. В тези случаи писменото становище на съответния експерт става част от застрахователната преписка.

19.4. Експертът от дирекция „Животозастраховане“ изготвя писмен доклад, в който излага своето експертно становище по претенцията, което може да бъде за пълно или частично изплащане на застрахователна сума или застрахователно обезщетение, или за отказ на претенцията. Изготвеният доклад се съгласува с директора на дирекцията.

19.5. При уважаване на претенцията в доклада на експерта от дирекция „Животозастраховане“ за изплащане на застрахователната сума или обезщетение се вписва:

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

Член 20

(отм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г.)

Член 21

(изм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г., Протокол № 3 от 08.02.2021г.)

21.1. При настъпила трайно намалена или загубена работоспособност оценката на вредите се извършва според мотивите, вписани в Експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК, което е издадено съгласно действащата нормативна уредба.

21.2. По искане на застрахованото лице трайно намалената или загубена работоспособност може да бъде определена от Застрахователно-Медицинската Комисия („ЗМК“) на застрахователя в проценти съгласно Таблица за определяне на процента на

трайно намалена работоспособност в резултат на злополука, приета от Съвета на директорите на застрахователя.

21.3. Съставът на ЗМК се определя със заповед на изпълнителния директор на застрахователя.

21.4. Решението на ЗМК може да бъде едно от следните:

- претенцията се признава за основателна и се определя изплащане на застрахователната сума или обезщетение;
- претенцията се определя като неоснователна и се отказва изплащане на застрахователната сума или обезщетение, което се вписва в решението.

Член 22

(отм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г.)

Член 23

(изм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г., Протокол № 3 от 08.02.2021 .)

Плащането на застрахователната сума/обезщетение по сметката на ползващото се лице се извършва от дирекция „Финанси и счетоводство“ след представяне на становище за плащане от дирекция „Животозастраховане“ и се изплаща съгласно Общите и Специални условия на всеки вид застраховка.

Член 24

(изм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г., Протокол № 84 от 27.05.2013 г., Протокол № 3 от 08.02.2021 г.)

24.1. Когато ползващото се лице е малолетен/а, застрахователят извършва плащането по чл. 23 по банкова сметка на малолетното ползващо се лице. В случай че такава сметка не е открита от родителите или настойниците на малолетното ползващо се лице, тя се открива служебно от застрахователя. За извършване на плащането се уведомяват законните представители на малолетното ползващо се лице.

24.2. По изрично искане на родителите или настойниците, застрахователно плащане на лице, ненавършило 18 години, може да се извърши и по банкова сметка на единия родител или настойник, с писменото съгласие на другия родител/настойник. В този случай към искането за застрахователно плащане се прилага и копие от акта за раждане на ползващото се лице.

24.3. Разпоредбите на т. 24.2. не се прилагат при изплащане на сума за доживяване или за случаите, когато непълнолетното лице се явява ползващо лице при смърт на застрахования, както и в други случаи по преценка на застрахователя.

Член 25

(изм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г., Протокол № 3 от 08.02.2021г.)

Преди извършване на застрахователното плащане, експерт в дирекция „Животозастраховане“ проверява дали всички дължими премии са били платени. Ако дължимата премийна вноска не е била платена, при изплащане на застрахователната сума/обезщетение застрахователят приспада размера на неплатената вноска/и.

Член 26

(изм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г., Протокол № 129 от 29.02.2016 г., Протокол № 3 от 08.02.2021 г.)

Изплащането на застрахователното обезщетение се извършва съгласно Общите и Специални условия на всеки вид застраховка, но не по-късно от 15 работни дни от датата, на която са били представени всички необходими и изискани документи за

установяване на застрахователното събитие и размера на плащането, по реда и в сроковете съгласно тези правила.

Член 27

(отм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г.)

Член 28

(изм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г., доп. с решение на СД по Протокол № 129 от 29.02.2016 г., изм. с решение на СД по Протокол № 3 от 08.02.2021 г.)

28.1. Когато застрахователната претенция бъде приключена с изплащане на застрахователната сума/обезщетение, към събраните документи се прилага нареждане за изплащане на сумата. По изрично искане от страна на Ползващото се лице застрахователят го уведомява за основанията и размера на изплатената сума на посочен e-mail, адрес за кореспонденция или телефон.

28.2. Когато искането за застрахователно плащане е отказано, застрахованият, застрахованият, ползващите се лица или техният представител трябва да се уведомяват писмено за това. Уведомлението включва данни за идентифициране на застрахователната претенция (номер на претенцията, дата на застрахователното събитие и др.), както и мотивите за отказа.

28.3. Ако застрахованият, застрахованият или ползващите се лица не предоставят необходимите изискани документи или данни и застрахователят не успее да намери необходимата информация или документи, до които има достъп, и ако така предоставените документи не са достатъчни за решаване на застрахователната претенция, застрахователят се произнася по претенцията в срок не по-късно от 6 месеца от датата на предявяването ѝ.

Член 29

(отм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г.)

Член 30

(изм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г., Протокол № 3 от 08.02.2021г.)

30.1. Претенцията се приключва с изплащане на дължимата сума или отказ за изплащане.

30.2. Застрахователната претенция може да бъде ре-активирана със същия номер, ако по нея бъдат получени допълнителни искания за застрахователни плащания, жалба или други факти, които оказват влияние върху решаването на претенцията.

30.3. Когато претенцията се отнася до размера на определената от застрахователя застрахователна сума /обезщетение/ по вече приключена застрахователна претенция, служител в дирекция „Животозастраховане“ образува нова преписка с нов номер.

Член 31

(отм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г.)

Член 32

(отм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г.)

III. ПРОЦЕДУРА ЗА РЕШАВАНЕ НА ЖАЛБИТЕ

Член 33

(изм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г., Протокол № 3 от 08.02.2021г.)

33.1. Процедурата по решаване на жалбите осигурява бързо, прозрачно и справедливо решаване на постъпилите в компанията жалби, които се разглеждат при спазване на законовите изисквания, застрахователната практика и правата на жалбоподателите.

33.2. Жалбите се разглеждат по реда на дефинираните в тези правила процедури, а при неописани в тях процедури се прилага действащото законодателство.

Член 34

(изм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г., Протокол № 129 от 29.02.2016 г., Протокол № № 3 от 08.02.2021 г., Протокол № 3 от 31.01.2022 г.)

34.1. Жалбата може да бъде подадена в ЦУ, както и в някоя от агенциите на застрахователя или офисите на брокерите, с които тя има договорни отношения, като в този случай жалбата се препраща още в същия ден в ЦУ. Жалбата може да бъде съобщена на застрахователя писмено, чрез интернет страницата на дружеството - www.saglasielife.bg, чрез електронната поща на дружеството - office@saglasielife.bg, или по поща. Адресите на ЦУ и на агенциите на дружеството, на които може да се подават жалби са публикувани на интернет страницата на дружеството. Подаването на жалба е безплатно за заинтересованите лица.

34.2. Към жалбата могат да се приложат писмени доказателства, които не са били представени на Застрахователя по преписката и са относими към застрахователното събитие, причините за настъпването му, основанието и размера на претенцията.

34.3. В жалбата се посочват най-малко:

- трите имена и адрес на жалбоподателя (съответно фирмено наименование, седалище, адрес на управление и представляващ при юридическите лица), на който ще се изпраща кореспонденцията във връзка с подадената жалба;
- пълномощно, в случаите когато се подава чрез пълномощник;
- първоначалното решение на Застрахователя относно претенцията;
- възраженията и тяхното основание;
- искането;
- подпис на подателя.

34.4. Липсата на някои от гореизброените реквизити на жалбата, с изключение на липсата на данни за обратна връзка с жалбоподателя, не води до недопустимост за разглеждането ѝ.

Член 35

(изм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г., Протокол № 129 от 29.02.2016 г., изм. и доп. с Протокол № № 3 от 08.02.2021 г. изм. и доп. с решение на СД по Протокол № 3 от 31.01.2022 г.)

35.1. На всяка постъпила жалба се дава входящ номер от регистъра на входящата кореспонденция на дружеството, който отразява и датата на получаване на жалбата от ЖЗК „Съгласие“ АД. Дружеството информира жалбоподателя за датата и номера на регистрация при подаване на жалбата в агенция на дружеството, а ако тя е подадена по пощата или по електронен път – чрез изпращане на съобщение на посочените в жалбата телефонен номер или имейл адрес за кореспонденция.

35.2. Срокът за изготвяне на отговор по жалбата започва да тече от първия работен ден, следващ датата на входящия номер.

35.3. Всяка жалба се регистрира в „Книга за жалбите“ на застрахователя, в която се отразява следната информация:

1. уникален пореден номер и дата на получаване;

2. данни за жалбоподателя:

а) имена/фирма, както са посочени в жалбата;

б) данни за контакт, както са посочени в жалбата (адрес, електронна поща, телефон и други данни за контакт);

3. предмет на жалбата и обобщено съдържание на твърденията и исканията на жалбоподателя;

4. където е относимо:

а) клас застраховка;

б) наименование на застрахователния продукт;

в) номер на застрахователна полица;

г) номер на застрахователна претенция;

5. дата и изходящ номер на отговора по жалбата;

6. обобщено съдържание на отговора по жалбата;

7. кратко описание на последиците от жалбата (наличие на промяна на заключение по претенция, предприети мерки от компетентния орган на застрахователя, от функция на застрахователя и др.);

8. информация за архивирането на досието по жалбата.

35.4. Жалбите се разглеждат от Комисия по жалбите, чийто състав се определя със заповед на изпълнителния директор.

35.5. При изготвяне на отговорите по жалбите Комисия по жалбите:

1. събира всички относими доказателства и информация, необходими за всестранното разглеждане и справедливото им решаване;

2. изготвя отговора по жалбите на ясен и разбираем език;

3. предоставя отговора без излишно забавяне в рамките на сроковете по т. 35.7. и т. 35.8;

4. при вземане на решение, което не удовлетворява изцяло или отчасти искането на жалбоподателя, мотивира отговора с изчерпателно посочване на установените факти и обстоятелства и изчерпателни правни съображения с посочване на относимите нормативни разпоредби и договорни клаузи;

35.6. 5. при вземане на решение, което не удовлетворява изцяло или отчасти искането на жалбоподателя, го уведомява за правото му да се обърне към Комисията за финансов надзор (или друг компетентен надзорен орган), съответно към орган за извънсъдебно решаване на спорове или към компетентен правораздавателен орган. Въз основа на взетото решение от Комисията по жалбите се изготвя писмен отговор до жалбоподателя.

35.7. При жалба от ползвател на застрахователни услуги относно размера на определеното обезщетение/застрахователна сума Комисията по жалбите се произнася писмено в 7-дневен срок, като му предостави фактическа и правна обосновка на определения размер на обезщетението/застрахователната сума.

35.8. По отношение на жалби, които не се отнасят до размера на застрахователното плащане, същите се разглеждат от Комисията по жалбите в 30 (тридесет) дневен срок от предявяването ѝ.

35.9. След разглеждане, Комисията по жалбите взема решение, което може да бъде:

1. отхвърляне на жалбата като неоснователна;
2. определяне на жалбата като основателна и постановяване на решение.

35.10. Председателят на Комисията по жалбите уведомява писмено жалбоподателя за взетото решение. За уведомление по предходното изречение се считат и електронни съобщения, изпратени на посочен от Застраховачия електронен адрес. Електронното съобщение е получено с постъпването му в посочената от Застраховачия информационна система.

Член 35а

(нова, приета с решение на СД по Протокол № 3 от 31.01.2022г.)

35а.1. Комисията по жалбите след всяко шестмесечие разглежда предявените през този период жалби и изготвя анализ, в който включва:

1. установените първопричини за отделните жалби, за групи жалби, които имат сходен предмет или характеристики, и за жалбите като цяло;
2. преценка дали тези първопричини могат да засегнат други продукти или процеси от дейността на застрахователя;
3. предложение за предприемане на мерки за преодоляване на установените първопричини за подаваните жалби.

35а.2. Председателят на комисията по жалбите представя на изпълнителния директор на дружеството изготвения по реда на предходната точка анализ. Изпълнителният директор разглежда изготвения анализ и при необходимост изготвя предложение до Съвета на директорите, в което посочва мерки за преодоляване на установените първопричини за подаваните жалби.

35а.3. Съветът на директорите разглежда предложението на изпълнителния директор и взема решение за прилагане на конкретни мерки за преодоляване на установените първопричини за подаваните жалби и осъществява контрол за спазването им.

35а.4. Дружеството предоставя на КФН тримесечни и годишни справки за постъпилите жалби в изпълнение на изискванията на Наредба 53 от 23.12.2016 г. на КФН за изискванията към отчетността, оценката на активите и пасивите и образуването на технически резерви на застрахователите, презастрахователите и Гаранционен фонд.

Член 36

(отм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г.)

Член 37

(отм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г.)

Член 38

(отм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г.)

Член 39

(отм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г.)

IV. ПРОЦЕДУРА ЗА ПРИЕМАНЕ, ОБРАБОТКА И ИЗПЛАЩАНЕ НА СУМИ ПО ИСКАНИЯ ЗА ОТКУПИ ПО ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ ДОГОВОРИ

(отм. с решение на СД по Протокол № 3 от 08.02.2021 г.)

Член 39А

(допълнен с решение на СД Протокол № 50 от 08.09.2011 г. , Протокол № 129 от 29.02.2016 г., отм. с решение на СД по Протокол № 3 от 08.02.2021 г.)

V. ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

Член 40

(отм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г.)

Член 41

(изм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г. , Протокол № 84 от 27.05.2013 г., Протокол № 3 от 08.02.2021 г.)

По смисъла на тези правила „Централно управление“ на застрахователя означава централният офис на ЖЗК „Съгласие“ АД, намиращ се на следния адрес: гр. София, бул. „Тодор Александров“ 117.

Член 42

(изм. с решение на СД по Протокол № 50 от 08.09.2011 г., Протокол № 84 от 27.05.2013 г., Протокол № 129 от 29.02.2016 г., Протокол 3 от 08.02.2021 г.)

Настоящите правила са приети с решение на Съвета на директорите на ЖЗК „Съгласие“ АД от 26.05.2007 г., допълнени и изменени с решения на Съвета на директорите на дружеството, отразени в Протокол № 50/08.09.2011 г., Протокол № 84/27.05.2013 г., Протокол № 129/29.02.2016 г., Протокол № 3/08.02.2021 г. и влизат в сила от 01.03.2021 г. и Протокол № 3/31.01.2022 г.