

ПРАВИЛА ЗА ДЕЙНОСТТА НА ЗЕАД “БУЛСТРАД ЖИВОТ ВИЕНА ИНШУРЪНС ГРУП” ЕАД ПО УРЕЖДАНЕ НА ПРЕТЕНЦИИ ПО ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ ДОГОВОРИ

I. ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

- Чл.1 Настоящите правила уреждат процедурите, по които ЗЕАД “БУЛСТРАД ЖИВОТ ВИЕНА ИНШУРЪНС ГРУП” ЕАД приема претенциите по застрахователните договори, събира доказателствата за установяване на техните основания и размер, определя размерите на застрахователните плащания, извършва разплащанията с потребителите на застрахователни услуги и разглежда жалби във връзка с тези претенции.
- Чл.2 Правилата за дейността на ЗЕАД “БУЛСТРАД ЖИВОТ ВИЕНА ИНШУРЪНС ГРУП” ЕАД по уреждане на претенции по застрахователни договори са изготвени в съответствие с Кодекса за застраховането, Закона за мерките срещу изпирането на пари, Закона за данъците върху доходите на физическите лица, Закон за корпоративното подоходно облагане и Общите условия на предлаганите от застрахователя застраховки.
- Чл.3 По-нататък в съдържанието „Правила за дейността на ЗЕАД “БУЛСТРАД ЖИВОТ ВИЕНА ИНШУРЪНС ГРУП” ЕАД по уреждане на претенции по застрахователни договори“ ще се наричат за краткост “Правила”; лицата, предявяващи претенцията – „Ползватели на застрахователни услуги“, а ЗЕАД “БУЛСТРАД ЖИВОТ ВИЕНА ИНШУРЪНС ГРУП” ЕАД – “Застраховател”.
- Чл.4 Под понятието „застрахователна сума“ ще се разбира едно от следните понятия:
- 1) застрахователна сума при доживяване, смърт или трайно намалена или загубена работоспособност на застрахования;
 - 2) част от застрахователната сума при временна, трайно намалена или загубена работоспособност на застрахования или обезщетение при извършване на медицински разноси от страна на застрахования или откуп на договора;
 - 3) застрахователно плащане при хоспитализация, медицински разходи, временна загуба на работоспособност, рентни плащания и други, съгласно условията на застрахователната полица.
- Чл.5 Необходимите документи за предявяване на застрахователни плащания са изброени в Приложения от № 1 до № 9, които представляват неразделна част от настоящите Правила.

II. ДВИЖЕНИЕ НА ПРЕТЕНЦИЯТА

- Чл.6 Претенцията се подава в Централно управление на застрахователя, в агенциите или офисите на Дружеството, както и пред партньори на Застрахователя, в писмен вид, чрез попълването на Заявление по образец на застрахователя (електронен или на хартиен носител), от ползвателя на застрахователни услуги, от негов законен наследник или представител, или от ползващото се лице по застраховката. В случай, че правоимащото лице е непълнолетно или недееспособно, претенцията се подава от законния му представител, като същият докаже това си качество документално.
- Чл.7 Заявлението по чл. 6 може да бъде намерено на официалният сайт на застрахователя: <https://www.bulstradlife.bg/customer-service/applications> . То е задължителен документ при предявяване на претенция за изплащане на застрахователната сума по договора и може да бъде подадено всеки работен ден от 9:00 ч. до 17:30 ч в офисите на застрахователя, с куриер или електронно по образец на застрахователя, в случаите когато такъв е предвиден.. В случай, че клиент е застрахован по повече от един застрахователен договор, по който желае да предяви претенция, то той следва да попълни отделно Заявление за всеки един застрахователен договор.
- Чл.8 В Заявлението се отбелязват имената, адресът за кореспонденция и електронният адрес, в случай че ползвателят на застрахователната услуга желае да получава съобщенията по застрахователната претенция по електронен път.
- Чл.9
- 1) При постъпване на претенция за изплащане на застрахователна сума, застрахователят, в зависимост от настъпилото застрахователно събитие, проверява попълнената информация в заявлението и представените документи от заявителя. При необходимост изисква от ползвателя на застрахователната услуга или негови законни представители, или наследници допълнителна информация и документи, съгласно съответното Приложение, част от настоящите Правила.
 - 2) Ако за изясняването на причините и обстоятелствата за настъпване на застрахователното събитие е необходимо специално разследване и представяне на допълнителни доказателства, които не са били предвидени в застрахователния договор при сключването му и които са необходими за установяване на основаниято и размера на неговата претенция, застрахователят уведомява ползващите се лица по застрахователния договор за допълнителните доказателства най-късно в срок от 45 (четиридесет и пет) дни от представянето на доказателствата, определени със застрахователния договор и настоящите Правила.
 - 3) Застрахователят уведомява писмено ползвателя на застрахователната услуга за всички допълнителни документи, необходими за установяване по безспорен начин на основаниято и размера на претенцията, на адреса, посочен от ползвателя при заявяване на претенцията.

- Чл.10 В случаите когато застрахователят директно изисква допълнителна информация от съдебни институции, доверени лекари, болници, разследващи органи, работодатели и др., писмено уведомява за изисканата информация и ползващото се лице.
- Чл.11 Получаването на първоначално и допълнително представените доказателства се удостоверява от застрахователя с входящ номер и дата. Документите, представени по всяка застрахователна претенция, формират преписката по претенцията.
- Чл.12
- 1) Документите по Приложения от № 1 до № 12 се представят задължително в оригинал, а при обективна невъзможност да се представят в оригинал, се прилагат под формата на нотариално заверени преписи.
 - 2) В случай че някой от документите е на чужд език, същият се представя на застрахователя в заверен от заклет преводач превод на български език.
 - 3) Застрахователят може да приеме копие на документ по своя преценка.
- Чл.13 След постъпването на документите в Централно управление на застрахователя, те се насочват към отдел „Ликвидация“. В зависимост от вида на застрахователния продукт това може да бъде съответно “Ликвидация животозастраховане“ или „Ликвидация здравно застраховане“.
- Чл.14 Всяка застрахователната претенция се регистрира в информационната система на Дружеството и получава уникален номер. Всички документи, получавани в и изпращани от Дружеството, свързани с претенцията, съставляват застрахователната преписка.
- Чл.15
- 1) Всяка застрахователна претенция се разглежда и обработва от служител на отдел “Ликвидация”, който въвежда данните в информационната система на дружеството, извършва преглед на представената информация по преписката, предварителна 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.
 - 2) Всяка претенция, изискваща допълнително медицинско становище съобразно размера на застрахователната сума, задължително се консултира с доверен лекар на застрахователя, който се произнася с писмено мотивирано становище по случая. В случай, че довереният лекар прецени, че предоставените документи са непълни или недостатъчни за изясняването на претенцията, същият може да препоръча писмено изискването на допълнителни такива. Писменото становище на доверения лекар става част от застрахователната преписка.
 - 3) В зависимост от естеството и сложността на претенцията, същата може да бъде консултирана и с експерт от отдел „Правен“, актюер, финансово-

счетоводен експерт или външен експерт в изброените области, с който Дружеството има подписан договор. В тези случаи писменото становище на съответния експерт става част от застрахователната преписка.

- Чл.16 Експертът от отдел "Ликвидация" се произнася по преписката, както следва: с "доклад по застрахователна претенция", в случаите когато е взето решение за пълно или частично изплащане на застрахователна сума или застрахователно обезщетение, или със "становище по случая" в случаите на отказ на претенцията. В последния случай той задължително изпраща мотивиран отговор за решението си.
- Чл.17 Определянето на размера на данъци, такси и други такива, които съществуват или ще бъдат установени върху размера на застрахователното плащане, се извършва при спазване на вътрешни процедури, изготвени в съответствие с изискванията на българското законодателство.
- Чл.18 Въз основа на изготвения "Доклад по застрахователна претенция" отдел "Счетоводство" извършва плащането по банковата сметка, предоставена от ползващото се лице. Банковата сметка следва да е в банка, оперираща на територията на РБългария или Европейски съюз.
- Чл.19
- 1) Застрахователната сума по застрахователната претенция се определя съгласно условията на застрахователния договор и е дължима от застрахователя на посочените в застрахователната полица или в предвидените от закона ползвачи се лица.
 - 2) Плащане от застраховател към ползвател на застрахователни услуги чрез трето лице се допуска само въз основа на изрично писмено пълномощно с нотариална заверка на подписите за съответната застрахователна претенция или плащане, в което се съдържа изявление, че ползвателят на застрахователни услуги е уведомен, че има право да получи плащането лично, по банкова сметка. В случай че третото лице е застрахователен посредник, плащането по застрахователната претенция се извършва само по клиентската сметка на лицето.
- Чл.20 Застраховащият по полицата има право при предсрочно прекратяване на полицата да получи откупна стойност от застрахователя.
- 1) Условие за получаване на откупа е да са минали поне две пълни застрахователни години от началото на застрахователното покритие и премиите да са били платени съгласно указанияте в застрахователния договор срокове и размери. Изискването да са изминали поне две години не се прилага, когато са платени 15 на сто или по-голяма част от премиите по застраховката. Размерът на откупната стойност е дефиниран в Общите условия по застраховката.
 - 2) Правоимащото лице предявява претенция за изплащане на сума на откуп като представя заявление за откуп. Заявлението за откуп се приема от застрахователя, като върху него се полага входящ номер и дата, а

откупната стойност се изчислява към тази дата (датата на Заявлението за откупа). Плащането на откупната стойност се извършва по банковата сметка, предоставена от лицето, имащо право да получи откупа.

III. КЛАСИФИКАЦИЯ НА ПРЕТЕНЦИИТЕ

Чл.21 1) След като бъде регистрирана в информационната система, претенцията се класифицира в един от следните раздели:

1. Раздел „Необработени“ – включва всяка претенция, регистрирана в информационната система, която все още не е била предмет на оценка от експерт ликвидатор.
2. Раздел „Платени претенции“ – включва всяка претенция, по която е извършено плащане на застрахователна сума, ако са изпълнени всички условия на застрахователния договор, представените документи безспорно доказват размера и основателността на претенцията и са изпълнени условията на настоящите Правила.
3. Раздел „Претенции в застой“ – включва всяка претенция, по която не може да бъде взето решение да се извърши плащане или да се мотивира отказ по претенцията, поради липса на информация, удостоверяваща основателността и/или размера ѝ. В тези преписки се отразява изисканата допълнителна информация. Застрахователят е длъжен да информира писмено ползващото се лице за допълнителната информация и доказателствата, които следва да представи, като детайлно описва в писмена кореспонденция вида на тази информация (например: анкетен лист; епикриза; ЛАК; протокол от КАТ и др.). Най-късно до 6 (шест) месеца, считано от датата на заявяване на претенцията, независимо дали ползващото се лице е представило допълнително изисканата от него информация, застрахователят е длъжен да се произнесе, като вземе решение да изплати застрахователното обезщетение или писмено аргументира отказа си да извърши плащането.
4. Раздел „Отхвърлени претенции“ – в тази категория се отразяват щетите, по които застрахователят е взел решение да отхвърли претенцията, като се е мотивирал писмено пред ползващото се лице.
5. Раздел „Прекратени претенции“ – в тази категория попадат случаи, при които лицето, имащо право да получи застрахователна сума или обезщетение, се е отказало или е оттеглило писмено заявлението си.
6. Раздел „Изтекли претенции“ – в тази категория попадат случаи с изтекъл давностен срок съгласно КЗ.

2) Застрахователят има задължение да изпрати на ползвателя на застрахователни услуги мотивиран отговор при отказ от изплащане на претендираното застрахователно плащане.

Чл.22 (1) Застрахователна сума или съответна част от нея се изплаща единствено по банков път и в срок до 15 (петнадесет) работни дни от датата на представянето

пред застрахователя на всички необходими документи, което се доказва с входящия номер съгласно описа на Дружеството.

IV. РАЗГЛЕЖДАНЕ НА ЖАЛБИ

- Чл.23 По смисъл на тези Правила „жалба“ е писмено оплакване, независимо от това как е озаглавено, за неудовлетвореност или изразяване на несъгласие от страна на ползвател на застрахователни услуги срещу предоставените услуги от Застрахователя, вкл. решения по ликвидационни преписки и оплаквания/несъгласия от/с поведението на служители, застрахователни посредници или други лица, работещи от името на Дружеството.
- Чл.24 1) В случаите когато ползващото се лице не е съгласно с отказа или размера на застрахователното плащане, то може да подаде писмена жалба, в която да изложи своите възражения и да представи нови доказателства в подкрепа на същите. Относно начина на подаване се прилага чл. 6 от настоящите Правила.
- 2) Всяко лице може да подаде жалба и препоръка по някой от следните начини:
1. на място във всеки офис на ЗЕАД „БУЛСТРАД ЖИВОТ ВИЕНА ИНШУРЪНС ГРУП“ ЕАД, както и на адреса на Централно управление: гр. София, п.к. 1301, ул. „Света София“ 6;
 2. по електронна поща на следните адреси:
 - 2.1. bullife@bulstradlife.bg, lifecclaims@bulstradlife.bg, support@bulstradlife.bg – за всички потребители на застрахователни услуги;
 - 2.2. md@bulstradlife.bg, healthclaims@bulstradlife.bg - за клиенти със застраховка „Здравна грижа“;
 3. чрез форма на интернет страницата на дружеството, на адрес: www.bulstradlife.bg;
- 3) При всички случаи, в които трябва да се извърши идентификация на подателя, следва същият да даде съгласие личните му данни да бъдат ползвани и обработвани по смисъла на ЗЗЛД и съгласие относно разкриването на застрахователна тайна по смисъла на Кодекса за застраховането.
- 4) Официалният език, на който се подават жалби, запитвания, сигнали и препоръки, е български. Документи, представени на чужд език, трябва да бъдат придружени с точен превод на български.
- 5) Не се разглеждат жалби, които са подадени анонимно и чийто подател не може да бъде идентифициран.
- Чл.25 Застрахователят поддържа регистър на постъпилите жалби. Всички получени в ЗЕАД „БУЛСТРАД ЖИВОТ ВИЕНА ИНШУРЪНС ГРУП“ ЕАД писмени жалби се регистрират в деня на постъпването им, ако са получени в рамките на работното време на Дружеството, а във всички останали случаи - в следващия работен ден, и се разпределя по компетенция към съответното отговорно звено на Дружеството.

Чл.26 Жалбата се подава до застрахователя в свободен текст, като задължително трябва да съдържа следните минимални реквизити:

1. описание на възражението и формулиране на искането (при жалба); описание на запитването; описание на констатираната нередност или описание на установената слабост и препоръка за нейното подобряване;
2. номер на застрахователна полица (номер на ID карта за клиенти със застраховка „Здравна грижа“) или номер на заведена застрахователна претенция, ако е приложимо;
3. данни за лицето-подател, както следва:
 - 3.1. за местни физически лица - трите имена и ЕГН;
 - 3.2. за чуждестранни физически лица - имена, ЛН/ЛНЧ или данни от друг валиден аналогичен документ
 - 3.3. за юридически лица - наименование на юридическото лице, ЕИК, данни за лицата, които могат да го управляват и представляват;
4. подписано Уведомление за поверителност, съгласно изискванията на Регламент (ЕС) 2016/679 на Европейския Парламент;
5. адрес за кореспонденция (пощенски и/или електронен) и телефонен номер за връзка;
6. опис на приложените документи, при наличие на такива;
7. подпис на лицето, подало жалбата или негов законен представител или пълномощник, ако е представена на хартиен носител.

Чл.27 1) При постъпване на жалба по претенция в ЦУ на Застрахователя тя се насочва към отдел „Ликвидация“. Съответният експерт се запознава с мотивите на жалбата и в срок от 7 (седедем) работни дни изготвя писмен отговор, с който правно и фактически обосновава определения размер на застрахователното плащане. В случаите когато жалбата е срещу цялостен отказ на застрахователя, засягащ основанието на претенцията, срокът за произнасяне е 30 дневен, считано от датата на постъпването ѝ.

2) Когато случаят е с висока правна и фактическа сложност, отговорът на жалбата се съгласува с юрисконсулт. Когато жалбата засяга въпроси, изискващи експертно становище от лекар или друго лице, отговорът се съгласува със съответния експерт.

3) В случаите когато жалбата е подадена чрез Комисията за финансов надзор (КФН), застрахователят се произнася в сроковете, указани в запитването от КФН. В случай на промяна на първоначалното решение по жалба, подадена чрез КФН, застрахователят уведомява писмено както Комисията, така и жалбодателя.

V. ПОВЕРИТЕЛНОСТ ПРИ УРЕЖДАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИТЕ ПРЕТЕНЦИИ

Чл.28 Дейността по уреждане на застрахователните претенции в ЗЕАД “БУЛСТРАД ЖИВОТ ВИЕНА ИНШУРЪНС ГРУП” ЕАД се извършва в съответствие с приетите

в Дружеството вътрешни правила за поверителност, налични на сайта на Дружеството www.bulstradlife.bg.

- Чл.29 Обработката на личните данни в производството по уреждане на застрахователни претенции, в това число здравните данни на ползвателя на застрахователната услуга се извършва без необходимостта от изрично съгласие. Данните се обработват единствено за целите на уреждане на застрахователните претенции и за изпълнение на задълженията ни по условията на застрахователния договор и изключително в интерес на ползвателите на застрахователни услуги с оглед произнасянето на застрахователя по предявената претенция.
- Чл.30 При предявяване на застрахователната претенция ползвателят на застрахователната услуга се запознава и приема Уведомление за поверителност, което става неизменна част от застрахователната преписка.
- Чл.31 Уведомлението за поверителност може да бъде намерено на сайта на застрахователя: <https://www.bulstradlife.bg/customer-service/applications> , като в случаите когато лицето изпраща заявлението и документите по застрахователната претенция по пощата или чрез куриер, е необходимо предварително да се запознае с пълния текст на уведомлението, качено на сайта на застрахователя и да потвърди това чрез поставяне на име, дата и подпис върху заявлението.

ПРЕХОДНИ И ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

§1. Правилата за дейността на ЗЕАД "БУЛСТРАД ЖИВОТ ВИЕНА ИНШУРЪНС ГРУП" ЕАД по уреждане на претенции по застрахователни договори са приети на основание на чл. 104 от Кодекса за застраховането.

§2. Правилата за дейността на ЗЕАД "БУЛСТРАД ЖИВОТ ВИЕНА ИНШУРЪНС ГРУП" ЕАД по уреждане на претенции по застрахователни договори са приети от Управителния съвет на дружеството с решение по Протокол № 23 от 21.06.2006 г., изменени и допълнени с решение по Протокол № 28 от 01.09.2006 г., решение по Протокол № 102 от 29.01.2013 г., в сила от 01.02.2013 г., решение по Протокол № 139 от 04.09.2014 г., в сила от 15.09.2014 г., решение по Протокол № от 21.07.2016 г., в сила от 01.08.2016 г., решение по Протокол № 234 от 29.05.2018 г., в сила от 30.05.2018 г. и решение по Протокол № 278 от 06.02.2020 г., в сила от 05.05.2023 г. и решение по Протокол № от 04.05.2023 г.

VI. ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

ЗАСТРАХОВКА „ЗДРАВНА ГРИЖА“

Необходими документи при предявяване на иск за застрахователно плащане

1. Заявление за изплащане на застрахователна сума от застрахованото лице или законен представител (по образец на застрахователя)
2. Възстановяване на разходи за прегледи:
3. Медицински документ с отразена диагноза, извършени дейности, назначени изследвания и предписана терапия, подпис на лекаря и осигуреното лице, печат на лечебното заведение (копие или оригинал);
4. Оригинална фактура (подробна) с фискален бон на името на лицето.
5. Възстановяване на разходи за изследвания:
6. Медицински документ с отразена диагноза и назначени изследвания, подпис на лекаря и осигуреното лице, печат на лечебното заведение (копие или оригинал);
7. Копие на резултатите от проведените изследвания;
8. Оригинална фактура (подробна) с фискален бон на името на лицето.
9. Възстановяване на разходи за медикаменти:
10. Медицински документ с отразена диагноза и предписана терапия, подпис на лекаря и осигуреното лице, печат на лечебното заведение (копие или оригинал);
11. Рецепта за предписано домашно лечение с указано количество и дозировка на медикаментите както и срока за провеждане на лечението с тях (копие или оригинал). Рецептата е с дата на издаване, подпис и печат на лекуващия лекар;
12. Оригинална фактура (подробна) с фискален бон на името на лицето.
13. Възстановяване на разходи за диоптрични стъкла/лещи:
14. Медицински документ с отразена диагноза и предписана терапия, подпис на лекаря и осигуреното лице, печат на лечебното заведение (копие или оригинал);
15. Рецепта с дата на издаване, подпис и печат на лекуващия лекар (копие или оригинал);
16. Стикери за закупени диоптрични стъкла/контактни лещи
17. Оригинална фактура (подробна – диоптрични стъкла, рамка и монтаж) с фискален бон на името на лицето.
18. Възстановяване на разходи за болнично лечение, консумативи и помощни средства:
19. Епикриза от здравното заведение с подпис на лекуващия лекар и печат;
20. Декларация за избор на екип;
21. Рецепта за помощни средства и консумативи;
22. Стикери за вложени медицински изделия или друго доказателство, удостоверяващо влягането на медицинското изделие, издадено/предоставено от същото медицинско заведение, извършило оперативната интервенция;
23. Подробна сметка от болницата за видовете разходи;

24. Оригинална (подробна) фактура с фискален бон на името на лицето.
25. Възстановяване на разходи за операция в амбулаторни условия;
26. Медицински документ с описание на извършената манипулация;
27. Оригинална (подробна) фактура с фискален бон на името на лицето.
28. Възстановяване на разходи за физиотерапевтични процедури;
29. Медицински документ с назначени процедури от лекар – специалност по физикална и рехабилитационна медицина;
30. Физиопроцедурна карта;
31. Оригинална /подробна /фактура на името на лицето с вписани брой процедури и единична стойност на процедурата;
32. Фискален бон.
33. Възстановяване на разходи за дентална помощ
34. Медицински документ с отразени извършени манипулации (при първо предявяване на документи за разход, описан пълен дентален статус);
35. При лечение на пулпит и периодонтит и екстракция, предшестваща рентгенография;
36. Оригинална (подробна) фактура с фискален бон на името на лицето.

Приложение 2

ЗАСТРАХОВКА “ЖИВОТ”

Необходими документи при предявяване на иск за застрахователно плащане

I. В случай на смърт:

1. Заявление за изплащане на застрахователна сума или част от нея от правоимащия (по образец на застрахователя) - оригинал;
2. Собствено ръчно заверено, с подпис и дата, копие от документ за самоличност на ползващото се лице и на законния представител или друг представител по пълномощно на ползвателя на застрахователната услуга - заверено копие;
3. Застрахователна полица и добавъци (ако има такива) - оригинал;
4. Препис - извлечение от Акт за смърт;
5. Съобщение за смърт от лекаря, удостоверил смъртта - оригинал или заверено копие;
6. Удостоверение за наследници, в случай че в качеството си на ползващо се лице те не са били посочени поименно;
7. Удостоверение за банкова сметка - оригинал;
8. Декларация по чл. 42, ал. 2, т. 2 от ЗМИП по образец на застрахователя – оригинал;
9. Декларация за целите на автоматичния обмен на финансова информация на основание на чл. 142т, ал. 1 от ДОПК.

II. В случай на трайна загуба на трудоспособност:

1. Заявление за изплащане на застрахователна сума или част от нея от правоимащия (по образец на застрахователя) - оригинал;
2. Собствено ръчно заверено, с подпис и дата, копие от документ за самоличност на ползващото се лице и на законния представител или друг представител по пълномощно на ползвателя на застрахователната услуга - заверено копие;
3. Застрахователна полица и добавъци (ако има такива) - оригинал;
4. Решението на ТЕЛК/НЕЛК, заверено от РЗИ с печат „влязло в сила“;
5. Епикризи, амбулаторни листове и др. медицински документи, свързани с настъпилото застрахователно събитие;
6. Удостоверение за банкова сметка – оригинал;
7. Декларация по чл. 42, ал. 2, т. 2 от ЗМИП по образец на застрахователя – оригинал;
8. Декларация за целите на автоматичния обмен на финансова информация на основание на чл. 142т, ал. 1 от ДОПК.

* Други документи, удостоверяващи датата, причината и обстоятелствата, при които е настъпило застрахователното събитие (например: справка от НЗОК, протокол от КАТ, Лична амбулаторна карта /ЛАК/, ИЗ (История на заболяването), амбулаторни листове, епикризи, аутопсионен протокол, резултат от досъдебно производство и др.)

III. В случай на преживяване, пълен или частичен откуп:

1. Заявление за изплащане на застрахователна сума (откупна стойност от правоимащия по образец на застрахователя) - оригинал;
2. Собствено ръчно заверено, с подпис и дата, копие от документ за самоличност на ползващото се лице и на законния представител или друг представител по пълномощно на ползвателя на застрахователната услуга - заверено копие;
3. Застрахователна полица и добавъци (ако има такива) – оригинал / или декларация за загубена полица, в случай не се предоставя оригинал
4. При преживяване - Нотариално заверена декларация, че застрахованият е жив към момента на изтичане на срока на застраховката, в случай че той не се яви лично с документ за самоличност пред застрахователя;
5. Удостоверение за банкова сметка – оригинал;
6. Декларация по чл. 42, ал. 2, т. 2 от ЗМИП по образец на застрахователя – оригинал
7. Декларация за целите на автоматичния обмен на финансова информация на основание на чл. 142т, ал. 1 от ДОПК;
8. Декларация на основание чл. 65, ал. 8 от ЗДДФЛ.

* Други документи при необходимост.

Приложение 3

ИНДИВИДУАЛНА ЗАСТРАХОВКА “ЗЛОПОЛУКА” И „ЗАБОЛЯВАНЕ”

Необходими документи при предявяване на иск за застрахователно плащане

- I. В случай на смърт:
 1. Заявление за изплащане на застрахователна сума или част от нея от правоимащия (по образец на застрахователя) - оригинал;
 2. Копие от документ за самоличност на ползващото се лице и на законния представител или друг представител по пълномощно на ползвателя на застрахователната услуга - заверено копие;
 3. Застрахователна полица - копие;
 4. Препис-извлечение от Акт за смърт;
 5. Съобщение за смърт от лекаря, удостоверил смъртта - оригинал или заверено копие;
 6. Удостоверение за наследници, служебна бележка - сведение по образец на застрахователя (при групови полици, сключени от работодател);
 7. Удостоверение за банкова сметка – оригинал
 8. Декларация по чл. 42, ал. 2, т. 2 от ЗМИП по образец на застрахователя – оригинал.
- II. 2. В случай на трайно намалена или загубена работоспособност:
 1. Заявление за изплащане на застрахователна сума или част от нея от правоимащия (по образец на застрахователя) оригинал;
 2. Собствено ръчно заверено, с подпис и дата, копие от документ за самоличност на ползващото се лице и на законния представител или друг представител по пълномощно на ползвателя на застрахователната услуга - заверено копие;
 3. Застрахователна полица;
 4. Решение на ТЕЛК/НЕЛК с определен процент на трайно намалена или загубена работоспособност, заверено от РЗИ с печат „влязло в сила“;;
 5. Медицински документи, свързани с настъпилото застрахователно събитие - амбулаторни листове, епикризи, резултати от медицински изследвания и др.;
 6. Служебна бележка - сведение по образец на застрахователя (при групови полици, сключени от работодател);
 7. Удостоверение за банкова сметка – оригинал;
 8. Декларация по чл. 42, ал. 2, т. 2 от ЗМИП по образец на застрахователя – оригинал.
- III. В случай на временна неработоспособност:
 1. Заявление за изплащане на застрахователна сума или част от нея от правоимащия/по образец на застрахователя/ - оригинал;

2. Собствено ръчно заверено, с подпис и дата, копие от документ за самоличност на ползващото се лице и на законния представител или друг представител по пълномощно на ползвателя на застрахователната услуга – описана в Заявлението по образец на застрахователя, без снемане на копие;
3. Застрахователна полица- копие;
4. Болнични листове, удостоверяващи период на временна неработоспособност;
5. Епикриза/и (в случай на стационарно лечение);
6. Служебна бележка-сведение по образец на застрахователя (при групови полици, сключени от работодател);
7. Удостоверение за банкова сметка – оригинал;
8. Декларация по чл. 42, ал. 2, т. 2 от ЗМИП по образец на застрахователя – оригинал.

IV. В случай на възникнали медицински разходи:

1. Заявление за изплащане на застрахователна сума или част от нея от правоимащия (по образец на застрахователя) - оригинал;
2. Копие от документ за самоличност на ползващото се лице и на законния представител или друг представител по пълномощно на ползвателя на застрахователната услуга
3. Застрахователна полица;
4. Амбулаторен лист от извършен преглед;
5. Рецепти за предписаните медикаменти;
6. Фактури с фискални бонове за извършени разходи - оригинал;
7. Епикриза/и (в случай на стационарно лечение);
8. Удостоверение за банкова сметка – оригинал;
9. Декларация по чл. 42, ал. 2, т. 2 от ЗМИП по образец на застрахователя – оригинал.

* Други документи, удостоверяващи датата, причината и обстоятелствата, при които е настъпило застрахователното събитие (например: справка от НЗОК, протокол от ЛКК (Лекарска консултативна комисия), протокол от КАТ, Лична амбулаторна карта (ЛАК), ИЗ (История на заболяването), амбулаторни листове, епикризи, резултат от досъдебно производство и др.).

Приложение 3

ДЪЛГОСРОЧНА ЗДРАВНА ЗАСТРАХОВКА

Необходими документи при предявяване на иск за застрахователно плащане

1. Заявление за изплащане на застрахователна сума или част от нея от правоимащия (по образец на застрахователя) - оригинал;
 2. Собствено ръчно заверено, с подпис и дата, копие от документ за самоличност на ползващото се лице и на законния представител или друг представител по пълномощно на ползвателя на застрахователната услуга
 3. Застрахователна полица и добавъци (ако има такива);
 4. Епикриза/и от стационарно лечение;
 5. Удостоверение за банкова сметка – оригинал;
 6. Декларация по чл. 42, ал. 2, т. 2 от ЗМИП по образец на застрахователя – оригинал.
2. При посещение на застрахования при лекар след дехоспитализация
7. Заявление за изплащане на застрахователна сума или част от нея от правоимащия (по образец на застрахователя) - оригинал;
 8. Застрахователна полица и добавъци (ако има такива);
 9. Собствено ръчно заверено, с подпис и дата, копие от документ за самоличност на ползващото се лице и на законния представител или друг представител по пълномощно на ползвателя на застрахователната услуга
 10. Амбулаторен лист, удостоверяващ извършен преглед;
 11. Удостоверение за банкова сметка – оригинал;
 12. Декларация по чл. 42, ал. 2, т. 2 от ЗМИП по образец на застрахователя – оригинал.

* Други документи, удостоверяващи датата, причината и обстоятелствата, при които е настъпило застрахователното събитие (например: справка от НЗОК, протокол от КАТ, ИЗ (История на заболяването), Лична амбулаторна карта /ЛАК/, резултат от досъдебно производство и др.)

Приложение 5

ЗАСТРАХОВКА “КРИТИЧНИ БОЛЕСТИ”

Необходими документи при предявяване на иск за застрахователно плащане

1. Заявление за изплащане на застрахователна сума или част от нея от правоимащия (по образец на застрахователя) - оригинал;
2. Собствено ръчно заверено, с подпис и дата, копие от документ за самоличност на ползващото се лице и на законния представител или друг представител по пълномощно на ползвателя на застрахователната услуга ,
3. Застрахователна полица и добавъци (ако има такива) - оригинал;
4. Епикризи от провеждано болнично лечение;
5. Удостоверение за банкова сметка – оригинал;
6. Декларация по чл. 42, ал. 2, т. 2 от ЗМИП по образец на застрахователя – оригинал.

*Други документи, удостоверяващи датата, причината и обстоятелствата, при които е настъпило застрахователното събитие (например: справка от НЗОК, ИЗ (История на заболяването), Лична амбулаторна карта (ЛАК), амбулаторни листове. резултат от досъдебно производство и др.)

Приложение 6

„КОМПЛЕКСНА ЗДРАВНА ЗАСТРАХОВКА“

Необходими документи при предявяване на иск за застрахователно плащане

- I. В случай на хоспитализация/разходи за извършена хирургическа намеса
 1. Заявление за изплащане на застрахователна сума или част от нея от правоимащия (по образец на застрахователя – оригинал);
 2. Собствено ръчно заверено, с подпис и дата, копие от документ за самоличност на ползващото се лице и на законния представител или друг представител по пълномощно на ползвателя на застрахователната услуга
 3. Застрахователна полица и добавъци (ако има такива);
 4. Епикриза/и от извършено стационарно лечение;
 5. Удостоверение за банкова сметка – оригинал;
 6. Декларация по чл. 42, ал. 2, т. 2 от ЗМИП по образец на застрахователя – оригинал.
- II. Разходи за лекарства, медицински средства и употреба на медицински уреди
 1. Заявление за изплащане на застрахователна сума или част от нея от правоимащия (по образец на застрахователя – оригинал);
 2. Собствено ръчно заверено, с подпис и дата, копие от документ за самоличност на ползващото се лице и на законния представител или друг представител по пълномощно на ползвателя на застрахователната услуга
 3. Застрахователна полица и добавъци (ако има такива);
 4. Епикриза от извършено стационарно лечение;
 5. Болничен лист, удостоверяващ периода на временна неработоспособност;
 6. Рецепти за предписани медикаменти;
 7. Фактури с фискални бонове за закупени медикаменти - оригинал;
 8. Удостоверение за банкова сметка – оригинал;
 9. Декларация по чл. 42, ал. 2, т. 2 от ЗМИП по образец на застрахователя – оригинал.

* Други документи, удостоверяващи датата, причината и обстоятелствата, при които е настъпило застрахователното събитие (например: справка от НЗОК, протокол от ЛКК (Лекарска консултативна комисия), протокол от КАТ, Лична амбулаторна карта (ЛАК), ИЗ (История на заболяването), амбулаторни листове, резултат от досъдебно производство и др.).

Приложение 7

„РИСКОВА ДЕТСКА ЗАСТРАХОВКА“

Необходими документи при предявяване на иск за застрахователно плащане

1. Заявление за изплащане на застрахователна сума или част от нея от правоимащия (по образец на застрахователя) - оригинал;
2. Собствено ръчно заверено, с подпис и дата, копие от документ за самоличност на ползващото се лице и на законния представител или друг представител по пълномощно на ползвателя на застрахователната услуга
3. Застрахователна полица и добавъци (ако има такива);
4. Епикризи от извършено стационарно лечение;
5. Удостоверение за банкова сметка – оригинал;
6. Декларация по чл. 42, ал. 2, т. 2 от ЗМИП по образец на застрахователя – оригинал.

* Други документи, удостоверяващи датата, причината и обстоятелствата, при които е настъпило застрахователното събитие (например: справка от НЗОК, протокол от КАТ, Лична амбулаторна карта (ЛАК), ИЗ (История на заболяването), амбулаторни листове, резултат от досъдебно производство и др.)

Приложение 8

РИСКОВА ЗАСТРАХОВКА “ЖИВОТ”

Необходимии документи при предявяване на иск за застрахователно плащане

- I. Необходими документи в случай на смърт
 1. Заявление за изплащане на застрахователна сума или част от нея от правоимащия (по образец на застрахователя) - оригинал;
 2. Служебна бележка - сведение от работодателя за настъпило застрахователно събитие по образец на застрахователя (само при групови застраховки, направени за сметка на работодателя) - оригинал;
 3. Собствено ръчно заверено, с подпис и дата, копие от документ за самоличност на ползващото се лице и на законния представител или друг представител по пълномощно на ползвателя на застрахователната услуга
 4. Застрахователна полица - копие;
 5. Препис-извлечение от акта за смърт;
 6. Съобщение за смърт от лекаря, удостоверил смъртта – оригинал или заверено копие;
 7. Удостоверение за наследници, в случай че в качеството си на ползвачи се лица те не са били посочени поименно;
 8. Удостоверение за банкова сметка – оригинал;
 9. Декларация по чл. 42, ал. 2, т. 2 от ЗМИП по образец на застрахователя – оригинал.
- II. Необходими документи в случай на трайно намалена или загубена работоспособност
 1. Заявление за изплащане на застрахователна сума или част от нея от правоимащия (по образец на застрахователя) - оригинал;
 2. Собствено ръчно заверено, с подпис и дата, копие от документ за самоличност на ползващото се лице и на законния представител или друг представител по пълномощно на ползвателя на застрахователната услуга
 3. Служебна бележка - сведение от работодателя за настъпило застрахователно събитие по образец на застрахователя (само при групови застраховки, направени за сметка на работодателя) - оригинал;
 4. Застрахователна полица;
 5. Решение на ТЕЛК/НЕЛК с определен процент на загубена работоспособност - заверено от РЗИ с печат „влязло в сила“;
 6. Удостоверение за банкова сметка – оригинал;
 7. Декларация по чл. 42, ал. 2, т. 2 от ЗМИП по образец на застрахователя – оригинал.

III. Необходими документи в случай на временна загуба на работоспособност

1. Заявление за изплащане на застрахователна сума или част от нея от правоимащия (по образец на застрахователя);
2. Собствено ръчно заверено, с подпис и дата, копие от документ за самоличност на ползващото се лице и на законния представител или друг представител по пълномощно на ползвателя на застрахователната услуга
3. Служебна бележка - сведение от работодателя за настъпило застрахователно събитие по образец на застрахователя (само при групови застраховки, направени за сметка на работодателя) - оригинал;
4. Застрахователна полица - копие;
5. Болнични листове, удостоверяващи продължителността на временната неработоспособност;
6. Удостоверение за банкова сметка – оригинал;
7. Декларация по чл. 42, ал. 2, т. 2 от ЗМИП по образец на застрахователя – оригинал.

* Други документи, удостоверяващи датата, причината и обстоятелствата, при които е настъпило застрахователното събитие (например: справка от НЗОК, протокол от ЛКК (Лекарска консултативна комисия), протокол от КАТ, Лична амбулаторна карта (ЛАК), ИЗ (История на заболяването), амбулаторни листове, епикризи, резултат от досъдебно производство и др.)

Приложение 9

ЗАСТРАХОВКА “ПЪТУВАНЕ В ЧУЖБИНА”

Необходими документи при предявяване на иск за застрахователно плащане

1. Заявление за изплащане на застрахователна сума или част от нея от правоимащия (по образец на застрахователя) - оригинал;
2. Документ за самоличност на ползвателя на застрахователната услуга – описана в Заявлението по образец на застрахователя, без снемане на копие ;
3. Застрахователна полица;
4. Медицински доклад, удостоверяващ преглед или стационарно лечение;
5. Рецепти за предписани медикаменти;
6. Фактура/и, удостоверяваща/и извършени разходи - оригинал;
7. Удостоверение за банкова сметка – оригинал.

* Други документи, удостоверяващи датата, причината и обстоятелствата, при които е настъпило застрахователното събитие (например: полицейски доклад, справка от НЗОК и др.)

*Всички документи, които са на различен от английски или български език, се предоставят с официален превод.

Приложение 10

„ЧУЖДЕНЦИ, ПРЕБИВАВАЩИ КРАТКОСРОЧНО ИЛИ ПРОДЪЛЖИТЕЛНО В РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ ИЛИ ПРЕМИНАВАЩИ ТРАНЗИТНО ПРЕЗ СТРАНАТА

1. Заявление за изплащане на застрахователна сума или част от нея от правоимащия (по образец на застрахователя) - оригинал;
2. Документ за самоличност на ползвателя на застрахователната услуга – описана в Заявлението по образец на застрахователя, без снемане на копие;
3. Застрахователна полица;
4. Амбулаторен лист от извършен преглед;
5. Епикриза от извършено стационарно лечение;
6. Рецепти за предписани медикаменти;
7. Резултати от извършени изследвания;
8. Фактури с фискални бонове за извършени медицински разходи - оригинал;
9. Удостоверение за банкова сметка - оригинал.

* Други документи, удостоверяващи датата, причината и обстоятелствата, при които е настъпило застрахователното събитие (например: протокол от КАТ, ИЗ (История на заболяването), Резултат от досъдебно производство и др

Приложение 11

КРАТКОСРОЧНА КОРПОРАТИВНА ЗДРАВНА ЗАСТРАХОВКА

Необходими документи при предявяване на иск за застрахователно плащане

1. Заявление за изплащане на застрахователна сума или част от нея от правоимащия (по образец на застрахователя) - оригинал;
2. Собствено ръчно заверено, с подпис и дата, копие от документ за самоличност на ползващото се лице и на законния представител или друг представител по пълномощно на ползвателя на застрахователната
3. Служебна бележка - сведение от работодателя за настъпило застрахователно събитие по образец на застрахователя (само при групови застраховки направени за сметка на работодателя) - оригинал;
4. Застрахователна полица;
5. В случай на болнично лечение - епикриза, оригинални фактури, издадени от болница;
6. В случай на извънболнично лечение - амбулаторни листове, резултати от изследвания, рецепти за предписани медикаменти, оригинални фактури с фискални бонове за извършени разходи;
7. Удостоверение за банкова сметка – оригинал;
8. Декларация по чл. 42, ал. 2, т. 2 от ЗМИП по образец на застрахователя – оригинал.

* Други документи, удостоверяващи датата, причината и обстоятелствата, при които е настъпило застрахователното събитие (например: справка от НЗОК, протокол от ЛКК (Лекарска консултативна комисия), протокол от КАТ, Лична амбулаторна карта (ЛАК), ИЗ (История на заболяването), амбулаторни листове, епикризи, резултат от досъдебно производство и др.