

Правила за ликвидация и уреждане на претенции по застраховки

УВЕДОМЯВАНЕ ПРИ НАСТЪПВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНОТО СЪБИТИЕ

1. Застрахованият или негов законен наследник подават писмено заявление при настъпило застрахователно събитие като **попълват формуляр „Уведомление за възникване на застрахователно обезщетение“** по образец на Застрахователя, което подписват лично и представят в офиса на „Кардиф- клон България“ КЧТ на адрес гр. София, ул. Христо Белчев № 29А, ет 1-3. В случаите на застраховка, сключена в полза на кредитор и реализирано застрахователно събитие застрахованият, неговите наследници или ползватели се лица трябва да уведомят кредитора,

- При заявяване на щета по телефон или електронен път, Застрахователят записва в Регистър „Обявления“ цялата предоставена информация, като запознава другата страна с процеса, но задължително се изисква писмено заявяване на претенцията и подаване на документите.
- Застрахователят уточнява със застрахования или неговите наследници, а при определени случаи и с кредитора, какви писмени доказателства трябва да бъдат представени с цел доказване на основанието и размера на претенцията. Всички необходимите писмени доказателства са изброени, както във формуляр „Уведомление за настъпило застрахователно събитие“, така и в настоящите Правила.

2. Всяко Уведомление за настъпило застрахователно събитие се получава в офиса на Застрахователя и се приема от Застрахователя с поставяне на входящ номер и дата. Регистрира се във входящия електронен регистър на Застрахователя.

3. В срок до 24 часа Застрахователят регистрира застрахователната претенция в регистър „Щети“ и създава преписка по щетата, съдържаща писменото заявление и представената писмена документация по него. Всяка регистрирана застрахователна претенция получава пореден номер в Регистър „Щети“, а този регистрационен номер се отбелязва върху преписката.

Документите при щета се подават в а/ оригинал, б/ копие, заверено по установения от закона ред в/ копие, заверено от Застрахователя след сверяване с оригинала или г/ четливо копие без заверка, като

Застрахователя изрично посочва на Застрахования в какъв вид да се представят документите; д/ по електронен вид.

При създаване на преписката, служител на отдел „Щети“, проверява и взема под внимание:

- Наличие на застраховката
- Статус на застраховката
- Покрити рискове
- Предишни щети и статус по тях
- Водена комуникация във връзка със събитието
- Представени документи

4. Застрахованият трябва да представи изисканите документи, а Застрахователя проверява дали представените документи съответстват на изисканите, съобразно характера на събитието. В случай на непълнота на представените документи, отбелязва в преписката вида на допълнително необходимите документи, които комуникира със Застрахования.

Задължителни документи по всяка преписка са:

- справка за сключена застраховка и платена премия;
- уведомление за настъпило застрахователно събитие и всички документи, потвърждаващи основателността на застрахователната претенция;
- номер на личната банкова сметка на Застрахования в качеството му на ползващо се лице по застраховката;
- допълнителна информация / документация, изискана от Застрахователя във връзка с изясняване на обстоятелствата, свързани със застрахователното събитие или потвърждаващи валидността на застраховката.;
- експертни мнения и становища по преписката;
- формуляри за анализ и оценка на претенцията;
- официална кореспонденция със Застрахования, официални институции, посредник, свързани със застраховката или застрахователното събитие, вкл. писма за отказ и плащане на застрахователната претенция.

5. В случаите когато са необходими допълнителни документи и доказателства, застрахованият(заявителят) се уведомява писмено в срок до 45 дни от представяне на изисканите от Застрахователя доказателства при спазване на разпоредбите на чл.106, ал.4 или ал.5, изр. второ от КЗ.

Всеки допълнително представен документ се представя в офиса на Застрахователя и се входираща поставяне на номер и дата.

6. Служител от отдел „Щети“ включва документа в преписката и отбелязва неговото получаване в регистър „Щети“.

АНАЛИЗ И ОЦЕНКА НА ЩЕТА

7. Всяка преписка по щета се анализира от експерт „Щети“, като служителът е длъжен да провери допълнително:

- има ли лицето права по застрахователния договор /дали е в обхвата на застрахованите лица/;
- има ли подаващият заявлението права като ползващо лице;
- дали събитието е покрит риск по застраховката;
- дали отговаря на дефинициите по застраховката;
- дали е приложена „ изключваща клауза“ и има ли връзка със застрахователното събитие;
- дали не се касае за изключение по общите условия на съответния застрахователен продукт;
- декларирана ли е коректна информация при сключване на застраховката и тя има ли отношение към настъпилото застрахователно събитие;
- други факти и обстоятелства, съществени при оценката на застрахователното събитие.

както и да:

8. Преценява се необходимостта от допълнителна експертна оценка по щетата, вътрешна комисия, становище на друг отдел, външен консултант и др., като експерт „Щети“ организира процеса по изготвяне на официалното писмено становище по случая, което е задължителен елемент от преписката.

9. Изготвя се писмена оценка на застрахователна претенция, в която се описват представените доказателства и се потвърждава извода от анализа както и взетото решение по претенцията – отказ с

мотивите за него или одобрение за изплащане на застрахователно обезщетение с уточняване на размера му.

В случай, че е изискан допълнителен документ по щетата, анализа и оценката се извършват след получаване на пълната информация.

Пълната документация и процеса по анализ и оценка на застрахователната претенция се описват във „Формуляр за оценка на застрахователната претенция“, който включва следните детайли:

- а/ информация за застраховано лице / застрахованата стока;**
- б/ информация/статус на застраховката;**
- в/покрити рискове;**
- г/ оценка на риска при сключване на застраховката
напр. приложена ли е „изключваща клауза“**
- д/ информация за предишни застраховки, щети;**
- е/ получени документи по щетата;**
- ж/ становище на експерт, вътрешен/ външен консултант/ друг отдел, т.н.;**
- з/ оценка на застрахователната претенция;**
- и/ основание за плащане / отказ на претенция;**
- й/ размер на обезщетението / при одобрение на претенцията.**

10. В зависимост от предоставените правомощия, решението за плащане или отказ се взема от съответния право имащ служител или от експертна комисия и се отразява във формуляра за оценка на щетата или протокол от Решение на вътрешната застрахователна комисия на Застрахователя, а впоследствие и в регистър „Щети“.

11. Не се допуска вземане на решение по предварително дефинирани медицински случаи без писмено становище на лекар - съветник.

12. Не се допуска взимане на решения по предварително дефинирани претенции по покрити рискове, свързани със стоки или увреда на стоки, без писмено становище на технически експерт.

УВЕДОМЯВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАНИЯ ИЛИ НЕГОВИЯ ЗАКОНЕН ПРЕДСТАВИТЕЛ ПРИ ВЗИМАНЕ НА РЕШЕНИЕ ПО ЩЕТА

13. В срок до 15 работни дни от заявяване на застрахователната претенция и получаване на пълната документация по нея, Застрахователят взема решение и уведомява Заявителя за решението си:

- при отказ, изготвя и изпраща официално писмено становище, в което описва мотивите си за взетото решение.
- при одобрение на застрахователната претенция, определя сумата на дължимото обезщетение и нарежда застрахователното плащане по банков път по сметка на съответното Ползващо се лице / определено в застрахователния сертификат или полица/.

ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ ПЛАЩАНИЯ

Размерът на застрахователното плащане се определя в съответствие с условията на договора.

Застрахователното обезщетение се изплаща само по банков път.

Застрахователно плащане е дължимо само след представяне на всички документи по щетата, доказващи основателността на иска.

Изплащането на застрахователна сума може да се извърши без представен оригинал на застрахователен договор / копие на сертификат, но е необходимо представяне на копие. Ако полицата или застрахователния сертификат е бил изгубен, се издава дубликат, а правоимащото лице подписва писмена декларация със свободен текст, в която се потвърждава изгубването на документа.

Изплащането на застрахователното обезщетение е в полза на лицето, посочено в застрахователния сертификат / застрахователната полица.

При изплащане на обезщетения по сметка на физически лица, лицата трябва да се идентифицират и да предоставят още при заявяване на претенцията удостоверение за личната им банкова сметка, издадено от съответната финансова институция. Непредставянето на този документ при заявяването на претенцията може да доведе до забавяне изплащането на застрахователното обезщетение, което не е по вина на Застрахователя.

Когато ползващото се лице е определено от Застрахования, право на претенция, респ обезщетение при смъртта на Застрахования има посоченото лице и сумата на обезщетението се изплаща по негова/нейна сметка..

Когато в застрахователния договор не е посочено ползващо се лице, сумата на дължимото обезщетение се изплаща "на законните" наследници като се разпределя поравно между тях.

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

Застрахователните суми, които следва да се изплатят на малолетни или на пълнолетни, поставени под пълно или ограничено запрещение, се внасят на влог по банкова сметка на името на правоимащото лице, указана от негов законен представител.

При частични плащания по една и съща щета, Застрахователят указва на застрахования кога и при какви условия е дължимо следващото плащане и изисква допълнителни доказателствата преди да нареди сумата. При достигане на лимита, указан в застрахователните условия, плащането се прекратява, както и в случаите когато не са представени надлежни доказателства за продължаване на плащането.

Застрахователят уведомява Застрахования и ползващото се лице за одобрена застрахователна претенция и извършеното плащане по нея по имейл, по телефон, чрез писмо или чрез смс известяване.

При несъгласие на ползващото се лице с размера на застрахователното плащане, същият има право да обжалва решението в срок от 7 дни по реда и в сроковете, указани в Процедура за разглеждане на жалби и възражения.

Не се изплащат застрахователни суми, ако:

- Плащането е във връзка със събития, посочени като изключения в Общите и/или специалните условия на застраховката и/или застрахователния договор;

-
- В процеса на набиране на документите за изплащане на суми се установи, че са дадени неверни сведения, при известността на които не е било възможно сключването на застраховката.
 - Ако документите за изплащане на застрахователни суми са подадени след определените давностни срокове.

Не се дължи застрахователно плащане по прекратена към датата на застрахователното събитие застраховка във връзка с неплатена в указаните срокове застрахователна премия, както и в случаите когато Застрахованият се е отказал писмено от застраховката и не е продължил заплащането на премия преди настъпване на събитието.

При всеки отказ да се изплати застрахователно обезщетение, Застрахователя е задължен да мотивира отказа си пред Застрахования /ползващото се лице по застраховката.

НЕОБХОДИМИ ДОКУМЕНТИ ЗА РАЗГЛЕЖДАНЕ И ОЦЕНКА НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕТЕНЦИЯ ПРИ НАСТЪПВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ

При предявяване на застрахователна претенция и изплащане на застрахователната сума се представят и следните документи в зависимост от вида на застрахователното събитие:

СМЪРТ В РЕЗУЛТАТ НА ЗАБОЛЯВАНЕ ИЛИ ЗЛОПОЛУКА

1. Копие от акт за смърт, а при поискване от страна на Застрахователя в съответствие с Процедурата за завеждане на претенции - оригинал или нотариално заверено копие;
 3. Съобщение за смърт – оригинал, нотариално заверено копие или копие заверено с печат и текста “вярно с оригинала” от институцията която притежава оригинала;
 4. Копие на аутопсионен протокол, заверено с печат и текста “вярно с оригинала” в случай, че е била извършена аутопсия;
 5. В случай, че смъртта е настъпила в резултат на злополука, освен документните по т. 1 - т. 4 се представят четливи копия, заверени с печат “вярно с оригинала” от издателят им при поискване от страна на Застрахователя:
- Протокол за настъпилата злополука/напр. протокол за ПТП, ако е трудова злополука – декларация за злополуката и разпореждане на НОИ/;

-
- Заключение от извършената химическа експертиза за наличие на алкохол или наркотични вещества в кръвта;
 - Заключение на компетентна институция / нап. Прокуратура / по случая;
 - Когато ползващо се лице по застраховката е наследник или друго посочено от Застрахования физическо лице, се представя допълнително и Удостоверение за лична банкова сметка на ползващото се лице, а в определени случаи и Удостоверение за наследници.

6. В случай, че смъртта е настъпила в резултат на заболяване, освен документите по т.1 - т. 4, се представят четливи копия, заверени с печат “вярно с оригинала” от издателят им:

- Етапна епикриза, издадена от личния лекар на застрахованото лице с подробна информация за здравословното състояние на Застрахования за период до 3 години преди сключване на застраховката, включително резултати от профилактични прегледи, първични и вторични прегледи, изследвания и консултации, предписана медикаментозна терапия, хоспитализации,
- Лична амбулаторна карта, амбулаторни листа (документи, удостоверяващи здравословното състояние и/или проведените лечения, имащи пряка или косвена връзка със застрахователното събитие);
- Епикриза/и от хоспитализация/и и/или история на заболяването;
- Други документи, съобразно конкретния случай, удостоверяващи здравословното състояние и/или проведените лечения във връзка със събитието – справка от НЗОК / РЗОК, изследвания, рецептурни книжки, ЛКК/ТЕЛК решения и др).

Не се изплаща сума при смърт от злополука на лице, което малолетно или лице, поставено под пълно запрещение, както и договор с покритие на рисковете от аборт или раждане на мъртво дете.

ТРАЙНА ЗАГУБА НА РАБОТОСПОСОБНОСТ ОТ ЗАБОЛЯВАНЕ ИЛИ ЗЛОПОЛУКА СЪС ЗАГУБА НА ТРУДОСПОСОБНОСТ НАД 70 %

1. Копие от влязло в сила експертно решение/я на ТЕЛК/НЕЛК, а при поискване от страна на Застрахователя в съответствие с Процедурата за завеждане на претенции - оригинал или нотариално заверено копие;

3. В случай, че инвалидизацията е настъпила в резултат на злополука се представят четливи копия, заверени с печат “вярно с оригинала” от издателят им:

- Протокол за настъпилата злополука/напр. протокол за ПТП, ако е трудова злополука – декларация за злополуката и разпореждане на НОИ/;
- Заключение от извършената химическа експертиза за наличие на алкохол или наркотични вещества в кръвта;
- Заключение на компетентна институция / напр. Прокуратура / по случая;
- Когато ползващо се лице по застраховката е Застрахованото лице, се представя допълнително и Удостоверение за лична банкова сметка.

4. В случай, че инвалидизацията е настъпила в резултат на заболяване, се представят четливи копия, заверени с печат “вярно с оригинала” от издателят им:

- Етапна епикриза, издадена от личния лекар на застрахованото лице с подробна информация за здравословното състояние на Застрахования за период до 3 години преди сключване на застраховката, включително резултати от профилактични прегледи, първични и вторични прегледи, изследвания и консултации, предписана медикаментозна терапия, хоспитализации,
- Лична амбулаторна карта, амбулаторни листа (документи, удостоверяващи здравословното състояние и/или проведените лечения, имащи пряка или косвена връзка със събитието);
- Епикриза/и от хоспитализация/и и/или история на заболяването;
- Други документи, съобразно конкретния случай, удостоверяващи здравословното състояние и/или проведените лечения във връзка със събитието – справка от НЗОК / РЗОК, изследвания, рецептурни книжки, ЛКК/ТЕЛК решения и др).

Трайната загуба на трудоспособност се определя от ТЕЛК/НЕЛК на основа Наредба за оценка на трайно намалената работоспособност и трябва да бъде потвърдена от Застрахователно - медицинска комисия (ЗМК) на застрахователя.

Застрахованият сам събира и представя необходимите документи за освидетелстване и преосвидетелстване в по-висшестоящите експертни комисии, чиито решения обезсилват предходните експертизи на нетрудоспособността.

5. Когато увреждания вследствие заболяване са предизвикали временна загуба на трудоспособност, а впоследствие трайна, изплащането на суми за временна загуба на трудоспособност предхожда освидетелстването и предявяването на претенция за трайна нетрудоспособност.

Първите клинични прояви и регистрация на заболяването, довело до намалена или трайна работоспособност, трябва да е в срока на застраховката.

Ако застрахованият е претърпял преди влизането в действие на застрахователния договор заболявания или злополуки, довели до увреждания на различни органи и процентът на трайна нетрудоспособност е сбор от проценти, включително и за предшестващите състояния, процентът, който се взема под внимание при оценката на застрахователната претенция е този, определен от ТЕЛК/НЕЛК само за състоянията, реализирани в срока на застрахователното покритие.

ВРЕМЕННА ЗАГУБА НА РАБОТОСПОСОБНОСТ от Заболяване или Злополука

1. Болнични листове за реално ползваните дни, копие или заверени от работодателя;
3. Етапна епикриза, издадена от личния лекар на застрахованото лице с подробна информация за здравословното състояние на Застрахования за период до 3 години преди сключване на застраховката, включително резултати от профилактични прегледи, първични и вторични прегледи, изследвания и консултации, предписана медикаментозна терапия, хоспитализации,
4. Лична амбулаторна карта, амбулаторни листа (документи, удостоверяващи здравословното състояние и/или проведените лечения, имащи пряка или косвена връзка със събитието);
5. Епикриза/и от хоспитализация/и и/или история на заболяването;
6. Други документи, съобразно конкретния случай, удостоверяващи здравословното състояние и/или проведените лечения във връзка със събитието – изследвания, рецептурни книжки, медицински направления, др.
7. Когато ползващо се лице по Застраховката е Застрахованото лице, представя допълнително и Удостоверение за лична банкова сметка.

Първите клинични прояви и регистрация на заболяването, довело до временната работоспособност, трябва да са в срока на застраховката.

При злополука:

-
- Протокол за настъпилата злополука/напр. протокол за ПТП, ако е трудова злополука – декларация за злополуката и разпореждане на НОИ/;
 - Заключение от извършената химическа експертиза за наличие на алкохол или наркотични вещества в кръвта;
 - Заключение на компетентна институция / напр. Прокуратура / по случая;
 - Когато ползващо се лице по застраховката е Застрахованото лице, се представя допълнително и Удостоверение за лична банкова сметка.

За пенсионери, домакини, учащи, неработещи лица и такива, които не работят по трудов договор и са били застраховани за риска "Временна загуба на работоспособност", се изисква от Застрахования да представи амбулаторен лист с посочено обективно състояние към датата на подаване на документите от личен или лекуващ лекар, ЛАК, епикриза, медицинско направление, изследвания и др. На база представените документи Застрахователно-медицинската комисия (ЗМК) взема решение и определя период за изплащане на обезщетение.

Началото на първичния болничен лист (или датата на начало на болничното лечение) трябва да бъде след началото на застрахователния договор. В поредицата болнични листове (издадени от лицензирано здравно заведение) следва да има само един първичен болничен лист, останалите трябва да са продължение без прекъсване. В случаите, когато има няколко първични от различни здравни заведения или от различни звена на едно здравно заведение, следва да се признае непрекъснатостта, ако са непосредствено продължение. Ако има прекъсване за събота и неделя, следва да се приеме последователността на болничния отпуск. В общия брой на дните болничен отпуск не се включват дните за престой в профилакториуми, балнеоложки центрове, санаториуми.

Обезщетението за временна загуба на трудоспособност се изплаща след представяне на поредицата от болнични листа, удостоверяващи срока на нетрудоспособността над дефинирания в застраховката минимум, за който е дължимо обезщетение и е реално ползван от застрахования.

При периодични плащания по риска във връзка с едно и също застрахователно събитие, лицето ежесечно представя доказателства – продължения на болничен лист, че временната неработоспособност продължава, до достигане лимита на застрахователното плащане.

Освен посочените в Общите условия изключения, не се изплаща сума за временна загуба на трудоспособност и в случаите:

- При неспазване на лекарските предписания за лечение, поради което се е удължила временната нетрудоспособност и/или е довела до последваща трайна нетрудоспособност.
- Ако застрахованият умишлено е предизвикал временната нетрудоспособност.

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ В РЕЗУЛТАТ НА ЗЛОПОЛУКА

1. Епикриза/и от хоспитализация/и и/или история на заболяването (оригинал или четливи копия, заверени с печат “вярно с оригинал” от издателя им);
2. Описание на случая при битова злополука, в случай на трудова злополука – декларация за злополука и разпореждане на НОИ; в случай на ПТП – протокол от произшествието, заключение на химическата експертиза за наличие на алкохол и/или наркотични вещества;
3. Копие на болнични листа (при ползван след хоспитализацията отпуск по болест над 60 последователни дни).;
4. Когато ползващо се лице по застраховката е Застрахованото лице, се представя допълнително и Удостоверение за лична банкова сметка на ползващото се лице.

Право на обезщетение имат само лица, претърпели Злополука и в резултат на която са били приети за лечение в болнично заведение за период, по-дълъг от указания в условията на съответния застрахователен продукт.

ХИРУРГИЧЕСКА НАМЕСА, НАЛОЖЕНА ОТ ЗЛОПОЛУКА ИЛИ АКУТНО СЪСТОЯНИЕ

1. Епикриза/и история на заболяването (оригинал или четливи копия, заверени с печат “вярно с оригинал” от издателя им). Ако е била извършена хирургична намеса, но лицето не е хоспитализирано в болнично заведение, се представят: Копия на резултати от изследвания и диагностика за установяване на проблема и копие на амбулаторен лист или друг официален медицински документ от съответното лечебно заведение, оторизирано медицинско лице с информация за вида на проведено лечение;
2. Описание на случая при който е настъпила злополуката или акутното състояние и представяне на съответните документи в удостоверяване на информацията като при трудова злополука това са

декларация за злополука и разпореждане на НОИ; в случай на ПТП – протокол от произшествието, заключение на химическата експертиза за наличие на алкохол и/или наркотични вещества;

3. Копие на болнични листа (ако обезщетението е обвързано с риска „Временна неработоспособност“);
4. Когато ползващо се лице по застраховката е Застрахованото лице, се представя Удостоверение за лична банкова сметка на ползващото се лице.

Дефиниция и вида на акутното състояние, което е покрито по условията на застраховката се посочва изрично в Застрахователния сертификат / застрахователна полица и застрахователните условия по съответния продукт. Допълнително са указани и състояния, които са извън застрахователното покритие и за което не е дължимо застрахователно обезщетение.

Изплащане на обезщетение е дължимо само след представяне на всички изискани от Застрахователя документи.

СЛЕДБОЛНИЧНО ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ СЛЕД ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ В РЕЗУЛТАТ НА ЗЛОПОЛУКА

1. Епикриза/и история на заболяването (оригинал или четливи копия, заверени с печат “вярно с оригинал” от издателя им);
2. Описание на случая при който е настъпила злополуката;
3. Когато ползващо се лице по застраховката е Застрахованото лице, се представя Удостоверение за личната му банкова сметка.

Обезщетението е фиксирана сума и е дължимо еднократно след представяне на всички изискани документи от Застрахователя.

ФРАКТУРА НА КРАЙНИЦИ И СЧУПВАНЕ НА КОСТИ

1. Епикриза/и история на заболяването (оригинал или четливи копия, заверени с печат “вярно с оригинал” от издателя им). Ако фрактурата или счупването не са лекувани при условията на хоспитализация, се представят допълнително копия на резултати от изследвания и диагностика за

установяване на счупването и копие на амбулаторен лист или друг официален медицински документ от съответното лечебно заведение с информация за вида на предприетото и проведено лечение;

2. Описание на случая при който е настъпило счупването и представяне на съответните официални документи в удостоверяване на информацията като при трудова злополука това са декларация за злополука и разпореждане на НОИ; в случай на ПТП – протокол от произшествието, заключение на химическата експертиза за наличие на алкохол и/или наркотични вещества;
3. Когато ползващо се лице по застраховката е Застрахованото лице, се представя Удостоверение за лична банкова сметка на ползващото се лице.

Фрактури и счупвания на кости, които са покрити от застрахователния продукт са посочени изрично в Застрахователния сертификат / застрахователна полица, като допълнително са указани и такива, които са извън застрахователното покритие и за които не е дължимо застрахователно обезщетение.

Изплащане на обезщетение е дължимо само след представяне на всички изискани от Застрахователя документи.

КРИТИЧНО ЗАБОЛЯВАНЕ. СМЪРТ В РЕЗУЛТАТ НА КРИТИЧНО ЗАБОЛЯВАНЕ

1. Медицинска информация и документи:

- Подробна етапна епикриза от личен лекар с информация за здравния статус на Застрахования в 2 годишния период преди застраховането – всички прегледи, консултации, изследвания, назначено и провеждано лечение;
- Епикриза/и от хоспитализация във връзка с диагностициране и лечение на Критичното заболяване;
- Лична амбулаторна карта, амбулаторни листа от прегледи и консултации във връзка с установяване и лечение на „Критичното заболяване“;
- Резултати от извършени изследвания, вкл. образна диагностика с информация кога е диагностицирано заболяването;
- Допълнителни консултации и становища на медицински специалисти, потвърждаващи настъпването на критичното заболяване;

-
2. Удостоверение за лична банкова сметка на Застрахования или наследник /ползвачо се лица, в случай на смърт в резултат на диагностициранот критично заболяване.

Застрахователното обезщетение е пряко обвързано с установяване и диагностициране на критичното заболяване съгласно дефинициите, посочени в застрахователните условия за всяко отделно критично заболяване.

В случай на преживяване след диагностициране на критичното заболяване повече от 30 дни, Застрахователят разглежда и оценява застрахователната претенция при допълнително представени: Изследвания и медицинско становище на лекуващ лекар, представящо състоянието на Застрахования към 31ия ден от диагностицирането или хирургичното лечение на Критичното заболяване.

В случай на смърт от Критичното заболяване преди изтичане на 30 дни от датата на диагностицирането му и ако застраховката покрива този риск, Застрахователят разглежда и оценява застрахователна претенция за Смърт, в резултат на Критично заболяване и освен описаната медицинска информация, свързана с диагностициране на заболяването, допълнително се изисква представянето на Препис- извлечение от Акт за смърт – нотар. заверено копие и заверено копие на Съобщението за смърт (както и Аутопсионен протокол, в случай че е провеждана аутопсия) за потвърждаване на причината за смъртта.

Ако в случай на диагностицирано „Критично заболяване“ и преживяване на застрахованото лице повече от 30 дни и когато Застрахователят е одобрил застрахователно обезщетение, настъпи Смърт на застрахования, в резултат на същото заболяване, се дължи застрахователно обезщетение само за първия, реализиран по време риск от застраховката.

НЕЖЕЛНА БЕЗРАБОТИЦА/ Безработица

1. Копие от акта, с който е бил прекратен трудовия договор/договора за управление (напр. Заповед за съкращение);
2. Копие на Разпореждане от НОИ, от което е видно основанието за прекратяване и правото, вкл. срока на обезщетението;

3. Актуална служебна бележка, издадена от Бюрото по труда, в уверение, че продължавате да сте регистриран/а в Бюрото по труда, като безработен/а.. При месечни плащания на обезщетението, документа се изисква от Бюрото по труда ежемесечно и се предоставя на Застрахователя в срок не по-късно от 7 дни от издаването му.

Право на обезщетение имат само лицата, чиито трудово-правни отношения са били прекратени съобразно условията на застраховката, не извършват дейности, които да им носят каквито и да е доходи, задължително са регистрирани като “безработни” към съответното Териториално Бюро по труда и получават съответното обезщетение за безработица по предвидения в действащата нормативна уредба ред.

Изплащането на обезщетение е дължимо след като застрахованото лице докаже с документи изпълнението на всички условия по застраховката, като при частични периодични плащания по риска, ежемесечно застрахования доказва продължителността на безработицата за договорения в условията на съответния застрахователен продукт период от време и до достигане лимита на застрахователното плащане.

“ЗАЩИТА НА СТОКАТА“ И „ЗАЩИТА НА ПОКУПКАТА“, в случай че застрахованата вещ е отнета чрез “кражба”, “кражба чрез взлом” или “грабеж”, или е била “случайно и тотално повредена”

1. Копие на фактура и касова бележка за закупуване на стоката;
2. Надлежно попълнена гаранционна карта на застрахованата стока;
3. Застрахователни полици, осигуряващи застрахователна защита на същата стока;
4. Удостоверение от компетентните органи на МВР за надлежното деклариране на кражбата/грабежа на вещта (в случаите на „кражба”, “кражба чрез взлом” или “грабеж”);
5. Протокол от оторизиран сервиз удостоверяващ, че стоката не подлежи на ремонт по условията на гаранцията, вида на повредата и стойността на ремонта; (при установяване на повреда клиента се обръща към гаранционен сервиз и след като се установи, че повредата не е покрита от търговската гаранция, се обръща към застрахователя);
6. Медицинско удостоверение или свидетелско показание (в случай на грабеж);

7. Оригинал на фактура, касова бележка или разписка от ПОС терминал (или извлечение от картова сметка, удостоверяваща че със застрахованата кредитна или дебитна карта е била закупена вещта и на коя дата).
8. При заплащане на пълния размер на обезщетението или на част от него на застрахования, е необходимо представяне на Удостоверение за банкова сметка на застрахования.

Покритието „Защита на покупката“ е в сила само за ограничен период от време след закупуване на стоката – 15 или 30 дни, в зависимост от вида на застрахователния продукт. При предвиден допълнителен риск „Защита на стоката“, последния влиза в сила след изтичане на покритието „Защита на покупката“. При събития, настъпили със стоки, закупени със стоков кредит/ кредитна карта и когато обезщетението е обвързано с покриване на задълженията към кредитна институция, е необходимо да бъде изрично упоменато при попълване на Уведомлението за настъпило застрахователно събитие и допълнително да се представи актуален погасителен план по кредита и копие от договора за кредит, остатъчно задължение по кредита към датата на настъпване на събитието.

НЕПРАВОМЕРНО ПОЛЗВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАНА БАНКОВА КАРТА от трето лице в резултат отнемането ѝ чрез „кражба“, „кражба чрез взлом“ или „грабеж“ / към договор за кредитна или дебитна карта/

1. Удостоверение от компетентните органи на МВР за надлежното деклариране на кражбата/грабежа на застрахованата дебитна карта;
2. Банково извлечение / справка от Банката с данни за неправомерно извършените трансакции – на коя дата, в какъв размер, др;
3. Потвърждение от Банката за деактивиране на картата – на коя дата, в колко часа;
4. Копие от молба до банката за преиздаване на дебитната или кредитна карта, в случай че застрахованото лице е подало такава.

Застрахователното обезщетение не е обвързано с размера на изтеглените неправомерно парични средства, а е фиксирано обезщетение, указано в застрахователната полица /сертификат и застрахователните условия.

Обезщетението се изплаща по картовата/разплащателната сметка на Застрахования .

Исключения по този риск са проява на груба небрежност от страна на Застрахования, сред които записан на пластиката или на допълнителен лист ПИН код на картата, предоставен на трето лице за ползване или забавено или отложено информиране на Банката и в този смисъл не е предотвратено неправомерното изтегляне на парични средства, както и др. исключения, изрично указани в условията на застрахователния продукт.

“ГРАБЕЖ НА ПАРИЧНИ СРЕДСТВА“ от застрахованото лице, изтеглени чрез застрахована банкова карта от банкомат или на ПОС-терминал / към договор за кредитна или дебитна карта/

1. Медицинско удостоверение или свидетелско показание в случай на грабеж;
2. Удостоверение от компетентните органи на МВР за надлежното деклариране на грабежа на паричните средства, изтеглени чрез застрахована дебитна карта от “Банкомат” или на “ПОС-терминал”, разположен в банков офис, извършен в рамките на 1 час след транзакцията и в диапазон от 100 м. от мястото на извършване на транзакцията;
3. Банково извлечение / справка от Банката с данни за изтеглената сума – къде, на коя дата, в какъв размер, др.

Размера на обезщетението е равно на размера на откраднатите парични средства до размера на указания в застрахователната полица лимит. Съществен при оценката е времевия период и мястото на кражбата/ грабежа.

Обезщетението се изплаща по картовата/разплащателната сметка.

“КРАЖБА ЧРЕЗ ВЗЛОМ ИЛИ ГРАБЕЖ,, от застрахованото лице на официални документи заедно със застрахована банкова карта“ / към договор за кредитна или дебитна карта/

1. Платежен документ /вносна бележка/ за платена държавна такса за преиздаване на “официален документ” / лична карта; паспорт, дипломатически паспорт, служебен паспорт, моряшки паспорт, военна карта за самоличност; свидетелство за управление на моторно

-
- превозно средство; временен паспорт; служебен открит лист за преминаване на границата; временен паспорт за окончателно напускане на Република България/;
2. Медицинско удостоверение или свидетелско показание в случай на грабеж;
 3. Удостоверение от компетентните органи на МВР за надлежното деклариране на кражбата/грабежа на застрахованата кредитна или дебитна карта и личните документи на картодържателя;
 4. Копие от молба до банката за преиздаване на дебитната/кредитна карта, в случай че застрахованото лице е подало такава.

Застрахователното обезщетение покрива разходите за преиздаването на личните документи до указан в застрахователната полица / сертификат лимит.

Предварително условие за разглеждане на застрахователната претенция е кражбата на документите да е извършена заедно с кражбата на застрахованата карта.

Обезщетението се изплаща по картовата/разплащателната сметка.

“КРАЖБА, КРАЖБА ЧРЕЗ ВЗЛОМ ИЛИ ГРАБЕЖ,, от застрахованото лице на служебни или лични ключове, заедно със застрахована банкова карта“ / към договор за кредитна или дебитна карта/

1. Платежен документ /фактура и касова бележка/ за извършената ключарска услуга;
2. Медицинско удостоверение или свидетелско показание в случай на грабеж;
3. Удостоверение от Банката/ ако е уведомена и Полицията – документ от Полицията/ за надлежното деклариране на кражбата/грабежа на застрахованата кредитна или дебитна карта / ако е уведомена и Полицията –в издадения документ да е упомената и кражбата на ключовете/ ;
4. Копие от молба до банката за преиздаване на дебитната/кредитна карта, в случай че застрахованото лице е подало такава.

Застрахователното обезщетение е равно на разходите за изработка на нови ключове, карта за достъп, чип, но не повече от указания лимит в застрахователния сертификат.

Предварително условие за разглеждане на застрахователната претенция е кражбата на ключовете да е извършена заедно с кражбата на застрахованата карта.

Обезщетението се изплаща по картовата/разплащателната сметка.

В случаите, при които ползващо се лице по застраховката е Застрахованото лице, негов представител или наследник, **независимо от риска**, се представя допълнително и Удостоверение за лична банкова сметка на ползващото се лице, а в определени случаи и Удостоверение за наследници.

За всяка една заявена застрахователна претенция, следва да се предостави копие на лична карта на титуляр по застраховка или наследници на титуляр по застраховка.

Застрахователите запазват правото си , при преценка да поискат допълнителни документи.