
ПРАВИЛА НА “ОЗОК ИНС” АД
ЗА ДЕЙНОСТТА ПО УРЕЖДАНЕ НА ПРЕТЕНЦИИ ПО ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ ДОГОВОРИ И
РАЗГЛЕЖДАНЕ НА ЖАЛБИ

I. ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

Чл. 1. (1) Настоящите правилата (наричани по-нататък Правилата) уреждат процедурите, по които “ОЗОК ИНС” АД приема претенциите по застрахователните договори, събира доказателствата за установяване на техните основания и размер, извършва оценка на причинените вреди, определя размера на обезщетенията, извършва разплащанията с потребителите на застрахователни услуги и разглежда жалби, подадени от тях.

(2) Правилата не се прилагат за уреждане на претенции за застраховки на големи рискове.

Чл. 2. Правилата за дейността по уреждане на претенции по застрахователни договори на “ОЗОК ИНС” АД (наричано по-нататък Дружеството или Застрахователя) са изготвени в съответствие с Кодекса за застраховането и общите условия на предлаганите от застрахователя застраховки.

Чл. 3. Правилата са публични и имат за цел да гарантират правата на потребителите на застрахователни услуги за бързо, прозрачно и справедливо уреждане на техните претенции.

II. ПРЕДЯВЯВАНЕ И ПРИЕМАНЕ НА ПРЕТЕНЦИИ ПО ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ ДОГОВОРИ

Чл.4. (1) Претенцията се регистрира в Централно управление (ЦУ) на застрахователя с входящ номер и дата при подаването на Заявление по образец на застрахователя (Приложение №1 към настоящите правила), попълнено от застрахования/негов упълномощен представител или от законен негов наследник (в случай, че застрахованото лице е починало). В случай, че правоимащото лице е непълнолетно или недееспособно, претенцията се подава от законния му представител, като същият следва да докаже това си качество документално.

(2) Заявлението е задължителен документ при предявяване на претенция за изплащане на застрахователно обезщетение и може да бъде подадено всеки работен ден от 9:00 ч. до 17:00 ч. в съответния офис на застрахователя, в който е сключен и поддържан застрахователния договор или директно в ЦУ, но то може да се приеме и от всеки друг офис на застрахователя, ако това улеснява правоимащото лице, като след това служебно се изпраща в Централно управление за обработка. По изключение, в спешни случаи се допуска уведомяване по телефон, факс или и-мейл, което не освобождава застрахования от задължението му да подаде писменото заявление в най-кратък срок.

(3) Подаването на Заявлението се извършва в сроковете предвидени в Общите условия на съответните застраховки, но не по-късно от давностния срок. Заявление, подадено след изтичане на сроковете по предходното изречение, се разглеждат от застрахователя само при наличие на основания за възстановяване на тези срокове.

В случай, че не са спазени сроковете за уведомяване на Застрахователя, съгласно настоящите Правила, Застрахованият следва да изложи в писмен вид причините за закъснението си. Независимо от основателността на тези причини, Застрахователят приема и завежда подаденото уведомление като преценява, дали закъснението няма да повлияе на установяване причините за застрахователното събитие и размера на щетите.

Чл. 5. (1) В заявлението се отбелязват имената, данните по лична карта и адреса на лицето, което отправя искането, описание на настъпилото застрахователно събитие, както и банкова сметка за изплащане на застрахователното обезщетение. Заявлението се комплектова с документите, установяващи настъпването на събитието, вредите и правото на претендиращия да получи обезщетение.

(2) Застрахователят писмено уведомява Заявителя за всички документи, които е необходимо да представи за доказване на основанието и размера на претенцията.

(3) Доказването на щетата по основание и размер е задължение на лицето, което търси обезщетение. То 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 от лицата, които имат право да удостоверяват настъпването на обстоятелства,

както и заверени преписи от документи. Когато исканата информация е част от материалите по досъдебното производство, прокурорът разрешава достъпа до нея.

(4) Когато заявителя е трето ползващо се лице, застрахователят го уведомява за доказателствата, които то трябва да представи за установяване на основаниято и размера на претенцията си.

(5) Допълнителни доказателства може да се изискват само в случай че необходимостта от тях не е можела да се предвиди към датата на завеждане на претенцията и най-късно в срок 45 дни от датата на представяне на доказателствата, изискани при завеждането по реда на ал.2.

(6) Не се допуска изискване на доказателства, с които ползвателят на застрахователната услуга 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 разумна преценка, че нямат съществено значение за установяване на основаниято и размера на претенцията и целят необосновано забавяне и удължаване на процедурата по уреждане на претенцията.

(7) Застрахователят си запазва правото да изисква и други документи, освен тези, посочени в застрахователния договор/Общите условия за съответния вид застраховка/ и в настоящите правила (съгласно Приложение №2), когато това се налага за точното и правилно установяване на основанията и размера на заявената претенция за изплащане на застрахователна сума, респ. съответната част от нея или на застрахователно обезщетение. В случай, че предоставените документи са непълни и недостатъчни за изясняването на претенцията, се изискват допълнителни такива.

Чл. 6. Получаването на първоначално и допълнително представените доказателства се удостоверява от застрахователя с входящ номер и дата, поотделно или под опис пред лицето, заявило претенцията.

Чл. 7. (1) Документите се представят в оригинал, а при обективна невъзможност да се представят в оригинал се прилагат като нотариално заверени преписи. Дружеството не може да откаже (освен в случаите, когато изрично се предвижда предоставянето на документ в оригинал) приемането на копия от документите, заверени по установения от закона ред, както и копия на документи, заверени от потребителя след направено сравняване с оригинала от служител на застрахователя.

(2) В случай, че някой от документите е на чужд език, то той се представя задължително в официален превод на български език, извършен от заклет преводач.

III. РЕГИСТРИРАНЕ НА ПРЕТЕНЦИИ

Чл. 8. (1) Претенциите се регистрират с уникален номер в информационната система на застрахователя. Регистрацията се извършва в:

1. офиса, в който е сключен и поддържан застрахователния договор, когато претенцията се подава в същия офис;
2. в Дирекция "Обезщетения", когато претенцията се подава в друг офис на застрахователя. В този случай служителят, който приема претенцията е длъжен да влезе във връзка със служителите от Дирекция Обезщетения и да получи от тях уникалния номер, под който ще бъде регистрирана претенцията.
- (2) Номерът и датата на завеждане се отразяват на заявлението, като копие от него се предоставя на лицето подало претенцията.
- (3) Всички документи, представени при предявяване на претенцията, получени допълнително или съставяни от Застрахователя, се описват по реда на постъпването и съставянето им.
- (4) Застрахователят следва да определи дата за оглед на увреденото имущество или заседание на комисия за освидетелстване на увредените лица, ако такива са необходими.
- (5) Служителят, приемащ заявлението е длъжен да представи на Заявителя списък с изискуемите от застрахователя документи, при връчването на които заявителя саморъчно изписва върху уведомлението за щета текст "Приемам, че съм длъжен да допусна застрахователя за извършване на оглед на увреденото имущество и да представя исканите от застрахователя, документи", или се подписва под такъв текст, с дата и подпис.
- (6) Служителят, регистриращ щетата в информационната система е длъжен в деня на завеждането ѝ да въведе размер на висящото плащане по оценка на база описаните в документите вреди или претендираната сума от Застрахования.
- (7) На всеки етап на обработка на щетата размерът на висящото плащане се актуализира.

Чл. 9. Приетите в офисите претенции се изпращат с поща в Дирекция „Обезщетения“ най-късно на следващия работен ден след регистрирането им.

Чл. 10. (1) Застрахователят няма право да откаже регистрирането на претенция в Регистъра на претенциите в Информационната система, освен в следните случаи:

1. липсва застрахователен договор сключен с дружеството;
2. пострадалото лице не е застраховано;
3. събитието, послужило като повод за претенцията, е настъпило преди началото или след прекратяване на застрахователният договор на основания, предвидени в него и/или в Кодекса за застраховането;
4. събитието, във връзка с което са причинени претендираните вреди, е настъпило поради риск, непокрит по застрахователния договор и това е видно по категоричен начин от представените към претенцията документи.

(2) В случаите по ал.1, т.т. 1, 2, 3 и 4 получените претенции се завеждат в регистъра “Входяща поща” на дружеството.

IV. ОЦЕНКА НА ПРИЧИНЕНИТЕ ВРЕДИ И ОПРЕДЕЛЯНЕ РАЗМЕРА НА ОБЕЗЩЕТЕНИЕТО

Чл. 11. (1) След постъпването на документите в Централно управление на застрахователя, те се разглеждат от служител на Дирекция “Обезщетения”, който преценява необходимостта от изискване на допълнителни доказателства.

(2) Всяка претенция по Медицинска застраховка или застраховка Злополука се разглежда и от доверения лекар на застрахователя, който се произнася в становище, относно медицинските въпроси по случая.

(3) Установяването на имуществените вреди се извършва, чрез оглед на увреденото имущество и/или въз основа на информацията, получена от събраните доказателства по реда на настоящите правила.

(4) Установяването на неимуществените вреди се извършва чрез освидетелстване на увреденото лице от застрахователно-медицинска комисия на Застрахователя или ТЕЛК и въз основа на информацията, получена от събраните доказателства по реда на настоящите Правила.

(5) Огледът и описанието на вредите се извършва от комисия в състав: представител на Застрахователя, независимо вещо лице – експерт в съответната област според вида застраховка и заявителя или негов представител. Вещите лица, необходими за извършване на огледа, се осигуряват от Застрахователя за негова сметка.

(6) Огледът и оценката на причинените вреди се извършват в сроковете, предвидени в закона, застрахователния договор и техническите указания за ликвидация на Застрахователя, съобразно характера и вида на вредите и периода на тяхното проявление.

(7) При извършването на оглед Заявителят е длъжен да осигури свободен достъп на комисията до увредените имущества, както и до източника на щетата. Неизпълнението на това задължение се отбелязва в протокола.

(8) За резултатите от огледа се изготвя Протокол с опис на щетите (Приложение № 3) в два идентични екземпляра, съдържащ детайлно описание на причинените вреди, който се подписва от всички членове на комисията. Единият екземпляр остава за Застрахователя, другият (копието) се връчва на заявителя. Ако заявителя има забележки или не е съгласен с някоя от констатациите, той може да подпише протокола с особено мнение.

(9) При несъгласие от страна на заявителя със заключението на вещото лице, той може да назначи второ вещо лице от свое име и за своя сметка. При съществени разлики в двете оценки се назначава трето вещо лице -арбитър, одобрено и от двете страни. Разходите за вещото лице -арбитър се поделят поравно между страните, а направената оценка е окончателна за двете страни.

(10) В протокола за оглед застрахователят може да даде препоръки за ограничаване на щетите, тяхното отстраняване и за по-нататъшното съхранение и разпореждане с увреденото имущество.

(11) След приключване на огледа, представителят на Застрахователя разяснява на Застрахования (или на неговия представител) възможните начини за обезщетяване, приложими за увреденото имущество, съгласно Общите условия по застраховката.

(12) Стойностната оценка на причинените вреди и размерът на обезщетението се определят на база установените методи в застрахователния договор и съгласно Техническите указания за ликвидация по видовете, респ. подвидовете застраховки.

(13) Размерът на обезщетението се определя към датата на настъпване на застрахователното събитие,

(14) При всички щети, независимо от договорената база за определяне на застрахователната сума, следва да се провери има ли наличие на подзастраховане или надзастраховане и при установяването им – да се приложат правилата на закона и договора.

(15) От размера на дължимото обезщетение се приспада договореното самоучастие.

(16) Сумата от всички изплатени и дължими обезщетения през застрахователния период за даден обект не може да надхвърля застрахователната сума/ респ. лимит на отговорност по полицата.

Чл. 12. (1) Служителят по чл.11, ал.1 съставя "доклад по щета" или "становище по случая" въз основа на представените документи, мнението на вещото лице/доверения лекар на дружеството и неговата преценка за посочените по-горе обстоятелства.

(2) Застрахователят е длъжен да се произнесе по претенцията в срок до 15 работни дни от представянето на всички доказателства по чл. 5, като:

1. определи и изплати размера на обезщетението или застрахователната сума, или
2. мотивирано откаже плащането.

(3) Когато не са представени всички доказателства по чл. 5, застрахователят е длъжен да се произнесе по един от начините по ал. 1 не по-късно от 6 месеца от датата на предявяването на претенцията.

Чл. 13. Докладът за изплащане или отказ се изготвя и подписва, според компетенциите от съответните длъжностни лица при застрахователя, при съблюдаване на сроковете по предходния член. Всяка претенция подлежи на проверка и контрол, 1. от директор Дирекция "Обезщетения".

V. КЛАСИФИКАЦИЯ НА ПРЕТЕНЦИИТЕ

Чл. 14. (1) След като бъде обработена, претенцията се класифицира, както следва:

1. "Платена щета" – за всяка претенция, по която е извършено плащане на застрахователна сума по избрания от ползващото лице начин, ако приложените документи са достатъчни и отговарят на условията на съответния застрахователен договор и тези Правила.

2. "Щета в застои" – когато не е възможно незабавно да се извърши плащане или да се направи отказ, поради липса на допълнителна информация от застрахования /неговите наследници/ претенцията се счита "щета в застои". В тези случаи застрахователят информира застрахования, че се изисква допълнителна информация по щетата /анкетен лист, епикриза, ЛАК, протокол от КАТ и др./, за да може да се произнесе по случая в най-кратък срок.

3. "Отхвърлена щета" – в тази категория щетата попада при несъответствие с условията на полицата, вкл. при наличие на едно или повече от следните обстоятелства:

- застрахователният договор не е бил в сила към датата на събитието;
- събитието не е настъпило вследствие проявлението на риск, покрит по условията на договора или се дължи на изключен риск;
- налице е съществено нарушение на задължения по договора от страна на застрахования, което е предвидено като основание за отказ за плащане на обезщетение;
- застрахованият или третото ползващо лице не са предоставили документи, необходими за доказването на основанието за изплащане на обезщетение, които са били изискани от застрахователя;
- застрахованият или ползващото лице са представили документи с невярно съдържание, неистински, подправени или фалшиви документи или по друг начин са се опитали да заблудят или измамят застрахователя;
- застрахованият или ползващото лице възпрепятстват застрахователя да получи информация за здравословното състояние на застрахования или проведеното лечение от лекуващите го лекари, болнични заведения или от работодател, необходими за изясняване на основанието и размера на претенцията;

- при неизпълнение от застрахования на задължението му при сключването на застрахователния договор да обяви съществените обстоятелства, които са му известни и са от значение за риска, ако неточно обявеното или премълчаното обстоятелство е оказало въздействие за настъпването на застрахователното събитие;
- при неизпълнение от застрахования на задължението му по време на действието на застрахователния договор да обявява пред застрахователя всички новонастъпили обстоятелства, за които при сключването на договора застрахователят писмено е поставил въпрос, ако неточно обявеното или премълчаното обстоятелство е оказало въздействие за настъпването на застрахователното събитие;
- при умишлено причиняване на застрахователното събитие от застрахователя, или от застрахования или от трето ползващо се лице;
- в други случаи, предвидени със закон или в застрахователния договор.

4. „Прекратена щета” – в тази категория попадат случаи, при които клиентът се е отказал от заявлението си.

5. „Изтекла щета” – в тази категория попадат случаи с изтекъл давностен срок.

(2) Застрахователят изготвя до потребителя на застрахователни услуги мотивиран отговор при отказ от изплащане на претендираното застрахователно плащане, както и когато размерът на определеното от застрахователя плащане се различава от този, претендиран от застрахования.

(3) Мотивираният писмен отказ на Застрахователя за изплащане на застрахователно обезщетение се изпраща с писмо с обратна разписка или се връчва на ръка срещу подпис. Допустимо е да не се изготвя отказно писмо единствено в случай, че Застрахованият писмено е оттеглил претенцията си към Застрахователя.

VI. ИЗПЛАЩАНЕ НА ОБЕЗЩЕТЕНИЕТО

Чл. 15. Въз основа на изготвения доклад по чл. 12 Дирекция “Финансово-счетоводна дейност” извършва плащането по сметката на ползващото се лице.

Чл. 16. (1) Застрахователното обезщетение е дължимо от застрахователя на посочените в застрахователната полица ползващи се лица.

(2) Застрахователната сума може да бъде изплатена на лице, различно от посочените в полицата като ползващи се лица, само при наличие на нотариално заверено пълномощно и само ако в неговия текст изрично е посочено, че се касае за изплащане на обезщетение по тази застраховка, като за целта тя следва да бъде подробно индивидуализирана.

Чл. 17. (1) Застрахователното обезщетение се изплаща в срок от 15 (петнадесет) работни дни от датата на представянето пред застрахователя на всички необходими документи по чл.5.

Чл. 18. (1) След приключване на преписката, върху корицата на същата, на определеното за целта място или като първа страница в преписката, се записва размера на обезщетението, датата и документът, с който е извършено плащането или изходящия номер на писмото за отказ.

(2) Приключените преписките се съхраняват в архив на застрахователя.

VII. РЕГРЕСНИ ПРАВА

Чл. 19. (1) След изплащане на застрахователно обезщетение, Застрахователят встъпва в правата на увредения срещу причинителя на вредата при условията и реда на закона.

(2) Когато събитието е причинено по вина на неизвестно лице и това е удостоверено с документ от органите на МВР, след изплащане на обезщетението се изпраща писмо до съответния орган (КАТ, РПУ и др.), с което се отправя запитване за резултата от издирването. Тези преписки не се водят като регресни. В случай, че се изясни самоличността и се докаже вината на лицето, Застрахователят предявява претенция съгласно ал.1.

VIII. РАЗГЛЕЖДАНЕ НА ЖАЛБИ

Чл. 20. (1) В случаи, когато ползващото се лице по застрахователния договор счита мотивираният отказ на застрахователя за неправилен, може да подаде жалба/сигнал/възражение (наричани по-нататък жалби), където подробно да изложи своите съображения и в подкрепа на тях да представи нови писмени или медицински доказателства.

(2) Освен в случаите по ал. 1 жалби могат да бъдат подавани и срещу:

1. поведение на служители на застрахователя;
2. качеството на обслужване и действащите процедури.

Чл. 21. Жалбите се подават до Централно управление на Застрахователя, чрез офиса обслужващ застрахователния договор, по който е страна жалбоподателя или директно лично или по пощата (с обратна разписка) в деловодството на Компанията на адрес София, гр.София, ул."Атанас Далчев" №93-96.

Чл. 22. Подадените до застрахователя жалби се регистрират с входящ номер в Централно управление на застрахователя и по тях се образува производство за разглеждането им. По анонимни жалби производство не се образува.

Чл. 23. (1) Жалбите се подават до застрахователя в свободен текст, като задължително трябва да съдържа следните реквизити:

1. име, презиме и фамилия на жалбоподателя;
2. в какво качество жалбоподателят подава жалбата;
3. адрес за кореспонденция и телефон за връзка;
4. номер на застрахователна полица, по която се подава жалбата (ако е приложимо);
5. изложение.

Чл. 24. (1) При постъпване на жалбата в ЦУ на застрахователя, тя се насочва от Изпълнителните директори към компетентни по отношение на конкретния случай служители за проучване и подготовка на проект за отговор.

(2) Случаите на жалби срещу размера на предоставеното застрахователно обезщетение се разглеждат от служителите на Дирекция "Обезщетения" под контрола на Директора на дирекцията, които задължително извършват следните действия:

1. подробно се преразглежда цялата ликвидационна преписка по случая;
2. разглеждат се новопостъпилите документи, в случай, че жалбоподателят е приложил такива към жалбата си;
3. при необходимост се изискват допълнителни документи и информация, необходими за изясняване на случая;
4. прави се съпоставка между наличната информация по случая и аргументите на жалбоподателя с Общите и Специални условия по конкретната застраховка и действащото в тази област законодателство.

(2) При жалба от ползвател на застрахователни услуги директор Дирекция "Обезщетения" в 7-дневен срок писмено му предоставя фактическа и правна обосновка на определения размер на обезщетението.

(3) В случаите на жалби срещу поведението на служители на застрахователя се изискват и писмени обяснения по посочените в жалбата лица.

Чл. 25. (1) Всички служители на дружеството, в зависимост от нивото и областта на своята компетентност, са длъжни да оказват съдействие на служителите по чл.24 при проверката на обстоятелствата, изнесени в жалбата и изготвянето на отговор – становище по нея.

(2) Отговорът на жалбата се изготвя съвместно от Директора на дирекцията към която е насочена за разглеждане жалбата и Главния юрисконсулт.

(3) Копие от подписания отговор се прилага към жалбата в регистъра по чл. 22.

Чл. 26. (1) Срокът за разглеждане на жалбата е до 1 месец, считано от дата на получаване, след което, в 7 дневен срок, Застрахователят писмено уведомява жалбоподателя за решението си. Когато в рамките на този срок не може да бъде предоставен отговор, застрахователят уведомява жалбоподателя за причините за забавянето и посочва кога се очаква да приключи проверката.

(2) Когато в жалба е отправено искане, което не е уважено, застрахователят в отговора си до подателя излага съображенията и мотивите си за това.

(3) Жалби, подадени повторно по въпрос, по който има решение, не се разглеждат, освен ако са във връзка с изпълнението на решението по тях или се основават на нови факти и обстоятелства. В тези случаи се отговаря само на новите обстоятелства.

(4) Жалба, която не се разглежда, се връща на подателя, като му се съобщават и основанията за това.

Чл.27. (1) Застрахованият, съответно трето лице, подало жалба, има право да се отнесе до обективен и безпристрастен орган за извънсъдебно решаване на спорове във всеки случай на разногласие със Застрахователя във връзка със застрахователния договор. Предвидената процедура за разглеждане на жалби не е свързана с и не води до ограничаване на правото на иск пред съд.

(2) Ако Застрахованият не остане напълно удовлетворен, има право да се обърне към Комисията за финансов надзор на Република България, която отговаря за надзора върху застрахователната дейност, на следния адрес: София 1303, ул. "Будапеща" №16.

ПРЕХОДНИ И ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

§1. Правилата на "ОЗОК ИНС" АД за дейността по уреждане на претенции по застрахователни договори и разглеждане на жалби са приети на основание чл. 104 от Кодекса за застраховането.

§2. Въз основа на настоящите правила и като неразделна част от тях се разработват и приемат Технически указания за уреждане на претенции по видовете застраховки/продукти, с които се конкретизират етапите и специфичните особености на процеса, с цел синхронизиране и уеднаквяване на работата във всички поделения на Дружеството.

§3. Правилата са приети на Заседание на Съвета на директорите на дружеството проведено на 14.06.2013г. като влизат в сила, считано от датата на получаване на лиценз за застраховане от КФН и отменят предходните правила, регламентиращи дейността му, изм. и допълнени с решение от 19.01.2016г., в сила от датата на приемането им, изменени и допълнени на 01.03.2018г. в сила от 15.03.2018г.

ОБРАЗЦИ И ФОРМУЛЯРИ ЗА ЗАВЕЖДАНЕ НА ПРЕТЕНЦИИ

ЗАЯВЛЕНИЕ

за плащане/възстановяване на разходите

(за Медицинска застраховка)

ЗАСТРАХОВАН:	
/трите имена/	
Настоящ адрес:	
ЕГН:	Лична карта
Професия / длъжност:	Месторабота:
№ на полица	№ на застрахователната карта
Статут:	<input type="checkbox"/> Основно застраховано лице <input type="checkbox"/> Член на семейството
Моля, отговорете изчерпателно и добросъвестно на следните въпроси, като верния отговор се зачертава /където е необходимо пояснете/:	
Вид	<input type="checkbox"/> злополука <input type="checkbox"/> заболяване
застрахователно събитие:	Час, Дата и Място на злополуката: Дата на диагностициране на болестта
Събитието, свързано ли е с бременност	<input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> ДА Дата на термина
При злополука, подробно описание на обстоятелствата и причините за настъпване на застрахователното събитие:	
Претърпявал ли е пострадалият по-рано злополука; кога и какви повреди е получил; има ли определен % на загубена трудоспособност и ако има какъв е той?:	
Опишете проблема, симптомите, оплакванията или диагнозата:	
Поставена диагноза от лекуващ лекар по МКБ:	
Имали ли сте диагноза или лечение за същото състояние преди? Ако да, посочете информация за дати на изследвания, назначено лечение, предписани лекарства, координати на лекуващ лекар, лечебно заведение:	
Кога, къде и от кого е оказана първа помощ? Дата, Час, Доктор, Лечебно заведение, Адрес, телефон, e-mail	

Имате ли покритие за обявеното застрахователно събитие по други валидни към неговата дата застраховка? ДА / НЕ (при "ДА", посочете подробности /застраховател, № полица, застрахователна сума/):		
Кога, къде и от кого е проведено лечението? Лечебно заведение/Отделение/Доктор Адрес Телефон/и e-mail:		
Информация за застрахователния иск: <input type="checkbox"/> възстановяване на разходи за следното проведено лечение и предписани лекарства/консумативи:		
Дата на събитието	Описание на всяка услуга или стока	Стойност по фактура
Обща сума платена от Клиента		
<input type="checkbox"/> застрахователно обезщетение за загуба на доход, вследствие на хоспитализиране и възстановяване след болест.		
Прилагам следните документи /представените документи се зачертават с X и се посочва броят им /:		
<input type="checkbox"/> Болничен лист: бр.	<input type="checkbox"/> Рентгенови снимки: бр.	<input type="checkbox"/> Служебна бележка
<input type="checkbox"/> Амбулаторен лист: бр.	<input type="checkbox"/> Резултат от рентгенографско изследване	<input type="checkbox"/> Декларация за трудова злополука
<input type="checkbox"/> Епикриза: бр.	<input type="checkbox"/> Компютърна томография	<input type="checkbox"/> Разпореждане от НОИ за тр. злополука
<input type="checkbox"/> Фактура:... бр. с фискален бон: бр.	<input type="checkbox"/> Магнитно-резонансна томография	<input type="checkbox"/> Протокол от разследване на тр. злополука
<input type="checkbox"/> Медицинско удостоверение: бр.	<input type="checkbox"/> Резултат от лабораторни изследвания	<input type="checkbox"/> Протокол за ПТП
<input type="checkbox"/> Медицинско направление: бр.	<input type="checkbox"/> Други изследвания: бр.	<input type="checkbox"/> Сведение от полицията: бр.
<input type="checkbox"/> Медицинско свидетелство: бр.	<input type="checkbox"/> Протокол от ЛКК: бр.	<input type="checkbox"/> Съдебно решение: бр.
<input type="checkbox"/> Медицински талон / бележка: бр.	<input type="checkbox"/> Решение на ТЕЛК /НЕЛК: бр.	<input type="checkbox"/> Препис-извлечение от акт за смърт
<input type="checkbox"/> Личен амбулаторен картон	<input type="checkbox"/> Решение на ЗМК	<input type="checkbox"/> Удостоверение за наследници
<input type="checkbox"/> Рецепта: бр.	<input type="checkbox"/> Съдебно медицинска експертиза	<input type="checkbox"/> Други:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ВСИЧКИ ДОПЪЛНИТЕЛНО ИЗИСКАНИ ДОКУМЕНТИ ПО СЛУЧАЯ СЕ ЗАГРЯЖДАТ С „О“.		
Желая застрахователното обезщетение да ми бъде изплатено в:		

Банка:	BIC:	IBAN:
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Декларирам, че отговорите и информацията дадени от мен по-горе, както и отговорите на всички въпроси и дадените от мен или от упълномощения да попълни Предложението за застраховане данни са вярни и пълни. ➤ Известно ми е, че за деклариране на невярна, непълна или подвеждаща информация или обстоятелства носят наказателна отговорност. ➤ Известно ми е, че при представяне на невярна или неточна информация, Застрахователят има право да откаже изплащането на обезщетение, да прекрати договора и да задържи премията. ➤ Декларирам, че разходите, които Ви представям за възстановяване, не подлежат на възстановяване по друга осигурителна схема/ държавна схема, споразумение за субсидия, друг договор; не съм получил обезщетение от причинителя на вредата. ➤ Декларирам, че съм съгласен всеки лекар, медицинско лице и/или други трети лица / вкл. Работодател, Здравни, Социални и Застрахователни институции/ да предоставят на Застрахователя информацията, регистрационни документи, медицински протоколи, сертификати и др., които дружеството счита за необходими за обработка на настоящето Заявление. ➤ Съгласен/на съм при отправена покана от Застрахователя, да се явя в срок до 7 работни дни на контролен преглед при посочен от него лекар специалист или стоматолог, като прегледа е за сметка на Застрахователя и предявената претенция да ми бъде изплатена, след извършване на контролния преглед. 		
Дата:	Трите имена и Подпис на пострадалия или негов близък:	
Място:		
Заявлението е подадено наг.	По него е заведена щета №...../.....г.	
Информация по щетата на тел.	Подпис на представител на Застрахователя:	

ЗАЯВЛЕНИЕ
ЗА ЗАВЕЖДАНЕ НА ПРЕТЕНЦИЯ, ВЪВ ВРЪЗКА С НАСТЪПИЛО ЗАСТРАХОВАТЕЛНО
СЪБИТИЕ
(за застраховки "Злополука")

Заявлението се попълва лично от застрахования, родител (за дете) или наследници (при смърт на застрахования)

ЗАСТРАХОВАН:		
/трите имена//		
Адрес:		
/по регистрация - гр., п.код., ул., №/		
ЕГН:	Лична карта	Тел./факс:
Професия / длъжност:	Месторабота:	
Моля, отговорете изчерпателно и добросъвестно на следните въпроси, като верния отговор се зачертава /където е необходимо пояснете/:		
Дата на събитието:/...../..... год. час		Място на събитието:
Вид застрахователно събитие:	<input type="checkbox"/> злополука	<input type="checkbox"/> заболяване
Подробно описание на обстоятелствата и причините за настъпване на застрахователното събитие		
Какви са последиците за здравето на застрахования в момента на настъпване на застрахователното събитие? Точно описание на получените увреждания:		
Кога, къде и от кого е оказана първа помощ? Ако е закъсняла – защо?:		
Дата и час		
Здравно заведение:		
Лекар, оказал първа помощ:		
/име, адрес, телефон//		
Кога, къде и от кого е проведено лечението на последиците от събитието?		
Здравно заведение:		
Лекуващ лекар:		
/име, адрес, телефон//		

Претърпявал ли е пострадалият по-рано злополука; кога и какви повреди е получил; има ли определен % на загубена трудоспособност и ако има какъв е той?:		
Имате ли покритие за обявеното застрахователно събитие по други валидни към неговата дата застраховка? ДА / НЕ (при "ДА", посочете подробности /застраховател, № полица, застрахователна сума/):		
Прилагам следните документи /представените документи се зачертават с X и се посочва броят им /:		
<input type="checkbox"/> Болничен лист: бр.	<input type="checkbox"/> Рентгенови снимки: бр.	<input type="checkbox"/> Служебна бележка
<input type="checkbox"/> Амбулаторен лист: бр.	<input type="checkbox"/> Резултат от рентгенографско изследване	<input type="checkbox"/> Декларация за трудова злополука
<input type="checkbox"/> Епикриза: бр.	<input type="checkbox"/> Компютърна томография	<input type="checkbox"/> Разпореждане от НОИ за тр. злополука
<input type="checkbox"/> Фактура:... бр. с фискален бон: бр.	<input type="checkbox"/> Магнитно-резонансна томография	<input type="checkbox"/> Протокол от разследване на тр. злополука
<input type="checkbox"/> Медицинско удостоверение: бр.	<input type="checkbox"/> Резултат от лабораторни изследвания	<input type="checkbox"/> Протокол за ПТП
<input type="checkbox"/> Медицинско направление: бр.	<input type="checkbox"/> Други изследвания: бр.	<input type="checkbox"/> Сведение от полицията: бр.
<input type="checkbox"/> Медицинско свидетелство: бр.	<input type="checkbox"/> Протокол от ЛКК: бр.	<input type="checkbox"/> Съдебно решение: бр.
<input type="checkbox"/> Медицински талон / бележка: бр.	<input type="checkbox"/> Решение на ТЕЛК /НЕЛК: бр.	<input type="checkbox"/> Препис-извлечение от акт за смърт
<input type="checkbox"/> Личен амбулаторен картон	<input type="checkbox"/> Решение на ЗМК	<input type="checkbox"/> Удостоверение за наследници
<input type="checkbox"/> Рецепта: бр.	<input type="checkbox"/> Съдебно медицинска еспертиза	<input type="checkbox"/> Други:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ВСИЧКИ ДОПЪЛНИТЕЛНО ИЗИСКАНИ ДОКУМЕНТИ ПО СЛУЧАЯ СЕ ЗАГРАЖДАТ С „О“.		
Извършените разходи за "Медицински разноски и разходи за репатриране" са дължими на /ако има такива/:		
<input type="checkbox"/> Здравното заведение	<input type="checkbox"/> Застрахованото лице	
Желая застрахователното обезщетение да ми бъде изплатено в:		
Банка:	BIC:	IBAN
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Декларирам, че отговорите и информацията дадени от мен по-горе, както и отговорите на всички въпроси и дадените от мен или от упълномощения да попълни Предложението за застраховане данни са вярни и пълни. ➤ Известно ми е, че за деклариране на невярна, непълна или подвеждаща информация или обстоятелства нося наказателна отговорност. ➤ Известно ми е, че при представяне на невярна или неточна информация, Застрахователят има право да откаже изплащането на обезщетение, да прекрати договора и да задържи премията. ➤ Декларирам, че разходите, които Ви представям за възстановяване, не подлежат на възстановяване по 		

друга осигурителна схема/ държавна схема, споразумение за субсидия, друг договор; не съм получил обезщетение от причинителя на вредата.

- Декларирам, че съм съгласен всеки лекар, медицинско лице и/или други трети лица / вкл. Работодател, Здравни, Социални и Застрахователни институции/ да предоставят на Застрахователя информацията, регистрационни документи, медицински протоколи, сертификати и др., които дружеството счита за необходими за обработка на настоящето Заявление.
- Съгласен/на съм при отправена покана от Застрахователя, да се явя в срок до 7 работни дни на контролен преглед при посочен от него лекар специалист или стоматолог, като прегледа е за сметка на Застрахователя и предявената претенция да ми бъде изплатена, след извършване на контролния преглед.

Дата: _____ Трите имена и Подпис на пострадалия или негов близък:

Офис: _____

Заявлението е подадено на
.....Г.

По него е заведена щета
№...../.....Г.

Информация по щетата на тел.
:.....

Подпис на представител на Застрахователя:
.....

До
ЗД "ОЗОК ИНС" АД, Представителство

УВЕДОМЛЕНИЕ ЗА ЩЕТА
/пожар и природни бедствия, щети на имущества/

ПО ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПОЛИЦА №

Застрахован: /пълно наименование/
Адрес:

Кога е настъпило събитието:	Г. В	Ч.
Място на събитието / адрес:		
Настъпило събитие:		
Причина за щетата:		
Виновни лица /име, адрес/:		
Свидетели /име, адрес/:		
Кой компетентен орган е уведомен? -		
Кой компетентен орган е посетил обекта? -		

При кражба чрез взлом, въоръжен грабеж, превоз на пари, злонамерени действия, моля отговорете и на следните въпроси:

Щетата е открита:	<input type="checkbox"/> на	Г. В	Ч.
	<input type="checkbox"/> от		
Как е охраняван обекта по време на събитието? -			
Задействала ли е алармената система, ако не – причина? -			
Колко лица са охранявали обекта и как са реагирали? -			
Други лица, находящи се в обекта по време на събитието:			
Кога, как и от кого е информирана полицията? -			

ПОПЪЛВА СЕ ОТ "ОЗОК ИНС" АД И СЕ ВРЪЧВА НА ЗАСТРАХОВАНИЯ

Уведомлението за щета е подадено на	Г.	По него е заведена щета №	/.....	Г.
Застрахованият се задължава:	1. Да осигури достъп на ЗД "ОЗОК Инс" АД до увредените имущества.			
	2. Да предостави поисканите документи и информация.			
	3. Да предприеме всички необходими мерки за ограничаване размера на вредите.			
	4. По възможност да не променя състоянието на увреденото имущество до огледа.			
	5. Да не допуска външни лица в обекта, освен компетентните органи.			
Служител на ЗД "ОЗОК Инс" АД:				
	/подпис, печат/		Информация по щетата на тел.	

До
ЗД "ОЗОК Инс" АД

**ЗАЯВЛЕНИЕ ЗА ИЗПЛАЩАНЕ НА ОБЕЗЩЕТИЕ
(ЗАСТРАХОВКА ТОВАРИ ПО ВРЕМЕ НА ПРЕВОЗ /КАРГО/)**

ПО ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПОЛИЦА № / г.

Застрахован:
	/пълно наименование/
Адрес:

Във връзка с настъпило застрахователно събитие и причинени щети на товара, застрахован с посочената по-горе полица, молим да ни бъде изплатено дължимото обезщетение както следва:

Описание на повредените/липсващите бройки, колет и т.н.	I. Единична цена по фактура	Стойност
ОБЩО:		
+ 10%		
Аварийна такса:		
ОБЩА ПРЕТЕНЦИЯ:		

Като доказателство съгл. Общите условия по застраховка КАРГО прилагаме следните документи в оригинал:

1. Застрахователна полица №.....
2. Аварийен протокол.....
3. Констативен протокол на превозвачите, приемателно-предавателен протокол, протокол за оглед или др.
4. Коносамент/товарителница
5. Фактура, сметка, опаковъчен лист и др. доказателства.
6. Протестно писмо
7. Други доказателства:

Дължимото обезщетение молим да бъде изплатено на:
по банкова сметка ВИС:....., IBAN:.....
при банка, клон.....

Подпис:

Дата:г.

ПРИЛАГАМ СЛЕДНИТЕ ДОКУМЕНТИ:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Уведомление за щета | <input type="checkbox"/> Контролен талон и/или АУАН |
| <input type="checkbox"/> Застрахователна полица, вкл. добавъци (не е задължително) | <input type="checkbox"/> Талон за годишен технически преглед |
| <input type="checkbox"/> Свидетелство за регистрация на СПС | <input type="checkbox"/> Талон за оглед |
| <input type="checkbox"/> Свидетелство за управление на СПС | <input type="checkbox"/> Служебна бележка от съответния компетентен орган |
| <input type="checkbox"/> Други | <input type="checkbox"/> Протокол за ПТП / констативен протокол за ПТП /
Двустранен констативен протокол за ПТП |

ПРЕДСТАВЯМ ДОПЪЛНИТЕЛНО: Ключове за СПС бр.: _____ Дистанционни бр.: _____

Други: _____

ПРЕДХОДНИ ЩЕТИ

Възстановени НЕ ДА Къде

МОЛЯ ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА АВТОМОБИЛА ДА СЕ ИЗВЪРШИ

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Фирмен сервиз | <input type="checkbox"/> По фактури, след съгласуване със
Застрахователя |
| <input type="checkbox"/> Доверен сервиз, посочен от застрахователя | |
| <input type="checkbox"/> По експертна оценка, като сумата да се изплати с банков превод: | |

По сметка _____ IBAN: _____ BIC _____

Водена на името на: _____

Декларирам, че:

Не съм получавал и няма да получа обезщетение от трети лица и други застрахователни компании по този случай.

Запознат съм с условията на застраховката и попълнените по-горе данни са верни и точни.

Нямам друга застраховка по горепосоченото СПС.

Наясно съм, че за вписване на неверни данни подлежа на санкции съгласно Общите условия на застраховката и чл. 313 от Наказателния кодекс.

Дата _____

Декларатор _____

Име и фамилия

Град _____

Подпис: _____

НАСОЧВАНЕ ЗА ЕКСПЕРТНО ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По щета № _____

Определям Вещо лице: _____

Дата: _____

Изготвил _____

Фамилия

Подпис: _____

НЕОБХОДИМИ ДОКУМЕНТИ ПРИ ПРЕДЯВЯВАНЕ НА ИСК ЗА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ПЛАЩАНЕ

ЗА „МЕДИЦИНСКА ЗАСТРАХОВКА“

1. В случай на хоспитализация:

- Заявление за плащане /възстановяване на разходите / по образец на застрахователя;
- Застрахователна полица;
- Епикриза.
- Болничен лист.

2. В случай на извънболнично лечение:

- Заявление за плащане/възстановяване на разходите / по образец на застрахователя;
- Застрахователна полица;
- Епикриза от болнично заведение, болничен или амбулаторен лист

3. Разходи за лекарства, медицински средства и употреба на медицински уреди

- Заявление за плащане/възстановяване на разходите /по образец на застрахователя/;
- Застрахователна полица;
- Специални условия и добавъците;
- Епикриза от болнично заведение, болничен или амбулаторен лист;
- Рецепти за предписаните лекарства;
- Разходооправдателни документи за извършените разходи.

4. Други документи - удостоверяващи датата, причината и обстоятелствата, при които е настъпило застрахователното събитие.

ЗА ЗАСТРАХОВКИ "ЗЛОПОЛУКА"

1. При злополука, вследствие на която е настъпило телесно увреждане:

- Заверено копие на застрахователната полица, както и всички добавъци към нея;
- Заявление за завеждане на претенция /по образец/;
- Документ установяващ злополуката;
- Болничен лист/а/ за временна нетрудоспособност. Началната дата на първичния болничен трябва да следва началото на срока на застраховката, а останалите трябва да са негово продължение и поставените в тях диагнози да са в причинно-следствена връзка с диагнозата в първичния болничен лист;
- Епикриза /при болнично лечение/;
- Медицински сертификат /в случаите, когато е невъзможно издаването на болничен лист и е валиден за деца, безработни и пенсионери/;
- Всички медицински изследвания по случая;
- Рентгенови снимки;
- Фактури за извършените медицински разходи в оригинал с точно описание на медицинските услуги, с прикачен към тях фискален бон;
- Рецепти и/или лекарски предписания;
- Служебна бележка /при полица, сключена от работодател, учебно заведение и други/;

- Документ, удостоверяващ трайно намалена работоспособност, издаден от ТЕЛК / НЕЛК; заверен от РКМЕ (регионална картотека на медицинската експертиза), че не е обжалвано и с печат влязло в сила.

2. Допълнителни документи при трудова злополука, вследствие на която е настъпило телесно увреждане, са:

- Трудов договор;
- Декларация на работодателя за настъпила трудова злополука;
- Разпореждане на ТП на НОИ за приемане на злополуката за трудова.

3. Допълнителни документи, изискуеми при злополука, вследствие на която е настъпила смърт на пострадалото лице, са:

- Смъртен акт;
- Съобщение за смърт от лекаря, удостоверил смъртта, епикриза от хоспитализация и други медицински документи;
- Удостоверение за наследници, в случай че в качеството си на ползвачи се лица те не са били посочени поименно;
- Документ установяващ злополуката (представя се, само ако смъртта е настъпила в резултат на злополука);
- Съдебномедицинска експертиза (представя се задължително, когато смъртта е настъпила извън дома, при ПТП, убийство, самоубийство или при неизяснени обстоятелства);
- Протокол за химически анализ на кръвта (представят се задължително, когато смъртта е настъпила извън дома, при ПТП, убийство, самоубийство или при неизяснени обстоятелства);

4. Допълнителни документи, изискуеми при заболяване, са:

- Лично обяснение /свободен текст/;
- Амбулаторен лист, медицинско направление или епикриза от болнично заведение;
- Болничен лист/а/ за временна нетрудоспособност;
- Медицински сертификат /в случаите, когато е невъзможно издаването на болничен лист и е валиден за деца, безработни и пенсионери/;
- Всички медицински изследвания по случая;
- Рентгенови снимки.

5. При настъпване на застрахователно събитие по застраховка "Злополука на ученици и деца от детски градини и ясли" изплащане на обезщетение/застрахована сума става след представяне на следните документи /важи при ВЗТ, вследствие злополука на ученик или дете /не важи за преподавател/:

- застрахователна полица с приложен списък /копие/;
- сведения за настъпила злополука /попълва се в офиса на компанията от родителя/.
- Медицинско свидетелство или медицинска бележка, или документ, съдържащ същата информация от друго травматологично заведение; /оригинал или заверено копие/
- амбулаторен лист / копие/, ако лицето е било при личен лекар;
- епикриза / копие/ ако лицето е лежало в болница;
- рентгенови снимки /ако лицето разполага с такива/;
- акт за раждане /копие/;

6. Други документи, удостоверяващи датата, причината и обстоятелствата, при които е настъпило застрахователно събитие, или свидетелстващи за направените медицински разnosки (в т.ч.: - анкетен лист в случай на битова злополука, в случай на трудова злополука се представят декларация за злополука, разпореждане на НОИ и Протокол от разследване на ТЗ, протокол от КАТ или други правно-релевантни документи, ако събитието е настъпило в чужбина, лична амбулаторна карта /ЛИАК/, амбулаторни листа, епикризи, аутопсионен протокол, в случай, че е била извършена аутопсия и други).

ЗА ИМУЩЕСТВЕНО ЗАСТРАХОВАНЕ

1. Уведомление за щета - по образец, който се предоставя на Застрахования или ползващото се лице от служителя на компанията.
2. Застрахователна полица (респ. Договор), Добавъци към нея, Заявление-въпросник и всички допълнителни документи към тях.
3. Документи за доказване на застрахователното събитие :

Забележка: *Всички цитирани по-долу служебни бележки се набавят от застрахования или от трети увредени лица, или се изискват официално от ЗД "ОЗОК Инс" АД, когато това е необходимо!*

Застрахователят не може да откаже (освен в случаите, когато изрично се предвижда предоставянето на документ в оригинал) приемането на копия от документите, заверени по установения от закона ред, както и копия на документи, заверени от Застрахования или увреденото лице, или техен упълномощен представител след направено сравняване с оригинала от служител на Застрахователя.

- **пожар, вкл. последиците от гасенето му** - извадка от бюлетина на ППО (ако периодично се получава такъв) или служебна бележка от ППО; служебна бележка от РПУ (ако има съмнение за умишлен палеж); обяснения от свидетели (в случай, че органите на ППО не са взели участие при гасенето на пожара)=
- **експлозия / имплозия** - констатация за събитието чрез описание на характерните белези на проявление, отразени в протокола.
- **удар от мълния (гръм)** - при наличие на щети от гръм, трябва да са налице следи от пряко попадение върху застрахованото имущество, които да са подробно описани в констативния протокол при огледа и по възможност установени със служебна бележка от ХМС (като наличие на гръмотевична буря над дадения район), а при липсата на такава - към констативния протокол се прилагат поне два броя обяснения на очевидци=
- **буря, градушка, пороен дъжд, наводнение; замръзване; тежест при естествено натрупване на сняг и/или лед** - служебна бележка от ХМС или анкета (когато ХМС няма свои наблюдения в района) за проявлението на тези рискове, като се имат предвид характерните белези за тяхното проявление. За бурята такива белези са: повалени дървета, счупени клони, съборени керемиди, скъсани електропроводи и телефонни линии и др.под. При проливен дъжд характерните белези се установяват от следите по почвата и стените на сградите, наличието на затлачени отводнителни шахти и колекторни тръби, наводнени сутерени и мазета в околните сгради и др.под. проявления на това събитие. Същият принцип важи и за измръзване (замръзване).
- **падане на пилотирано летящо тяло, негови части или товара му** – констатация на събитието на място и документ от съответния компетентен орган;
- **удар от транспортно средство или животно** – протокол от КАТ (когато е посетил събитието) или констатация и описание на характерните белези в констативния протокол;
- **измокряне на имущества вследствие изтичане на вода и пара от резервоари, тръбни инсталации и включените към тях уреди; внезапно изтичане на вода от спринклерни инсталации; чупене на стъкла** - констатация в протокола и описание на характерни белези и причинени щети;
- **свличане или срутване на земни пластове и/или увреждане от действие на подпочвени води** - задължително експертиза от инженер-геолог и справка в съответната служба дали районът на събитието не е регистриран като свлачищна зона; констатация в протокола и описание на характерни белези на проявление;
- **злонамерени действия на трети лица; умишлен палеж и/или експлозия** - констатация и описание на характерните белези в констативния протокол, а когато това е възможно - служебна бележка от РПУ (ако събитието е посетено) и свидетелски обяснения (ако има свидетели);
- **земетресение** - официален документ от сеизмологична станция за интензитета или магнитуда на земетресението, както и констатация в протокола и описание на характерни белези на проявление и причинени щети;

- **кражба чрез взлом, вандализъм, въоръжен грабеж; въоръжен грабеж на пари по време на транспортирането им** - констатация в протокола на всичко видяно на мястото на събитието – вероятно място на проникване в помещението, следи от пребиваването на извършителите, намерени на мястото имущества на застрахования и тяхното състояние (за складове, магазини и др. под. се прави ревизия с подробни описи на останалите имущества и актуално състояние на счетоводните книги).

При подобни събития задължително се информират органите на МВР. От застрахования се изисква да представи в последващ момент служебна бележка от съответното РПУ за заведен заявителски материал (вкл. неговия номер).

- **морски вълни** (когато това събитие е включено допълнително в покритието чрез специални условия) - наличието на събитие се установява със служебна бележка от ХМС. За застрахователно събитие се приема **големина на морската вълна над 3 бала**.
4. По преценка на Застрахователя, когато има съмнение за злоумишлени действия или за участие на Застрахования в причиняването на щетата, от Застрахования могат да бъдат поискани и заключително постановление от следовател или прокурор по образувано следствено дело, съответно постановление за спиране на наказателното производство при условията на чл. 243 и 244 от НПК.
 5. Снимков материал, съобщения в пресата и др.
 6. Счетоводни справки за стойностите (отчетни, балансови, др.) на увредени имущества, тяхното движение през годините.
 7. Ревизионни протоколи, документи за водене на складови и магазинни наличности (движение на наличностите във времето) – разписки, фактури, дневник на продажбите, бележки от касови апарати с фискална памет и др. под.
 8. Протоколи за брак (вътрешно-фирмени, на ХЕИ, ДВСК и др. оторизирани органи), фактури за предадени отпадъци, ревизионни актове, документи за преценка и др. под.
 9. Извлечение от счетоводните сметки на Застрахования, или на трети увредени лица, от което да се вижда отписването на съответните имущества, в случай, че последните се бракуват.
 10. Декларация от Застрахования относно регистрацията му по ДДС.
 11. Декларация за намерени вещи (нотариално заверена, за да има правна стойност).
 12. Декларация за възстановяване на щета – при плащане на парична сума, срещу повторно предявяване на иск за същите вреди.

ЗА ЗАСТРАХОВКИ „ТОВАРИ ПО ВРЕМЕ НА ПРЕВОЗ“

Застрахованият или неговите представители са длъжни да се снабдят с всички подкрепящи доказателствени документи във връзка с щетите включително тези, посочени по-долу В ОРИГИНАЛ:

1. Уведомление по образец, в което се описват, размера на щетата, кратко описание на застрахователното събитие, точния размер на претенцията.;
2. Застрахователна полица;
3. Превозен документ / морски коносамент, ж.п. товарителница (част 1 и част 5), CMR товарителница (2-ри екземпляр за получателя) и др;
4. Вносна или износна фактура, заедно със спецификация, опаковъчен лист и сертификат за произход на стоката;
5. Фактури, сметки, диспаша, опаковъчен лист, търговски договор и др.
6. Документи, установяващи марковия характер на стоката.
7. Други документи, обосноваващи качеството или цената на стоката над средните за съответните тип и вид стоки.
8. Протокол от авариен комисар, удостоверяващ вида, размера и причината за щетата;
9. Кореспонденция на Застрахования с третото лице, причинител на щетите, като например: протестно писмо срещу превозвач и/или друго трето лице, виновно или отговорно за настъпилите

щети, изготвено от получателя в момента на разтоварване на стоката, както и евентуалния отговор на това лице – нотариално заверени копия.

10. В зависимост от вида на транспорта: ж.п. констативен протокол от гарата на разтоварване; протокол за липсващ/повреден товар ; писмено обяснение от водача на МПС
11. Полицейски протокол в случай на липси или когато застрахователното събитие е настъпило в резултат на ПТП
12. Приемно-предавателен протокол, съставен между превозвача и получателя на товара в мястото на разтоварване.
13. Сертификат на санитарните власти от държавата износителка, че стоката е в добро състояние и отговаря на държавните разпоредби
14. Официално уведомление в случай на налагане забрана за внос от страна на санитарните власти на държавата вносителка (ако има такава забрана).
15. В зависимост от естеството, вида и размера на всяка една щета, застрахователят е в правото си да изисква от застрахования и други документи за доказване на претенцията по основание и размер, освен посочените по-горе.

