

ЗАД Алианц България Живот

Правила за дейността по уреждане на претенции по застрахователни договори

Версия	Валидни от	Класификация
1.0	04.10.2023	External

Тези правила са одобрени и приети, както следва:

Версия	Валидни от	Одобрени от
1.0	04.10.2023	Управителен съвет на ЗАД Алианц България Живот

Съдържание

- I. Предмет
- II. Влизане в сила и актуализации. Достъп до правилата
- III. Заявяване на застрахователни претенции
- IV. Необходими документи към застрахователната претенция
- V. Окомплектоване на застрахователните преписки
- VI. Изплащане на застрахователни суми и обезщетения. Предоставяне на медицински стоки и услуги
- VII. Поверителност при уреждане на застрахователните претенции
- VIII. Разглеждане на жалби
- IX. Заключителни разпоредби

I. Предмет

1. Тези Правила на Застрахователно акционерно дружество "Алианц България Живот" за дейността по уреждане на претенции по застрахователни договори (Правила/та), приети на основание чл. 104, ал. 1 от Кодекса за застраховането (КЗ), имат за цел да гарантират правата на ползвателите на застрахователни услуги за прозрачност и справедливост при уреждане на техните застрахователни претенции.
2. Правилата уреждат реда за:
 - заявяване на застрахователни претенции („Претенции“) по застрахователния договор пред Застрахователя;
 - приемане на Претенциите и завеждането им от Застрахователя;
 - събиране на необходимите доказателства за установяване на Претенциите по основание и размер;
 - оценка на Претенцията;
 - произнасяне на Застрахователя по предявената Претенция;
 - приемане и разглеждане на жалби от Застрахователя срещу действията и актовете на неговите представители във връзка с ликвидационния процес.
3. В дейността по уреждането на претенциите, Застрахователят се ръководи от принципите на законосъобразност, сигурност, справедливост, ликвидност и ефективност.
4. Тези Правила са изготвени в съответствие с Кодекса за застраховането и се прилагат и тълкуват заедно с приложимите към съответната застраховка общи и специални условия и постигнатите договорености със Застрахователя в застрахователната полица. При установени различия или противоречия между договореното в Застраховката и тези Правила, приоритет има договореното в Застраховката.
5. Тези Правила са приложими за всички застрахователни продукти, разпространявани от Застрахователя, с изключение на застрахователни претенции по застраховка „Здраве Голд“ и застраховка „Алианц Здравна грижа в чужбина“.
6. За целите на тези Правила се ползват следните дефиниции:
 - **Застраховка** е застрахователният договор между страните, който се сключва във форма на застрахователна полица/писмен договор, неразделна част от която са Заявлението за сключване на застраховката и Личната здравна декларация на кандидатите за застраховане, представените медицински документи, общи условия (ОУ) и Специални условия (СУ) за съответния продукт, добавъци и други писмени договорености между страните, ако има такива.
 - **Структурно звено на застрахователя** е Централното управление, находящо се на адреса на управление, град София, ул. Сребърна № 16, п. к. 1407, столичен район Лозенец, град София, както и всяко Главно представителство, Представителство и/или звено за ликвидация и обработка на претенции на ЗАД „Алианц България Живот“.
 - **Жалба** е оплакване, получено в Застрахователя от заинтересовано лице, което писмено изразява своята неудовлетвореност във връзка с дейността на Застрахователя по уреждане на претенции.
 - **Анонимна жалба** е Жалба, в която липсват необходимите данни за идентификация на жалбоподателя.
 - **Регистър жалби** е електронен регистър, който е част от Информационната система на Застрахователя, в което се документира цялостният процес на управление и разглеждане на Жалбите по тези Правила и другите Вътрешни актове.

- **Застраховател** е ЗАД „Алианц България Живот“.
- **Вътрешни актове** са съвкупността от всички политики, стандарти, правилници, правила, инструкции, указания, заповеди, изисквания, лимити и упълномощавания, във връзка с извършването на дейността по разпространение на застрахователни продукти на Застрахователя или дейността, свързана с негов Главен представител, Представител, Агент, Служители/Вещи лица, сервизи/Медицински заведения/Център за обслужване на клиенти.

II. Влизане в сила и актуализации. Достъп до правилата

1. Тези Правила се приемат от Управителния съвет на ЗАД „Алианц България Живот“.
2. Промени в Правилата се извършват по реда на тяхното приемане.
3. Застрахователят публикува тези Правила на своя интернет сайт и осигурява безплатно достъп до тях в местата, където извършва дейност.

III. Заявяване на застрахователни претенции

1. Предявяването на претенции пред Застрахователя за изплащане на застрахователни суми и обезщетения по Застраховки, както и за изплащане на обезщетения или предоставяне на медицински или други стоки и услуги по Застраховки за медицинско застраховане, се извършва чрез подаване на Заявление (по образец) от лицето, което претендира настъпило застрахователно събитие, като то собственоръчно попълва и подписва заявлението. Заявлението се подава в срока, посочен в Застраховката, и при спазване изискванията на КЗ. Образецът на Заявление може да бъде открит на интернет сайта на Застрахователя:
https://www.allianz.bg/content/dam/onemarketing/cee/azbg/documents/claims-applications/080222/1_Zayavlenie_Life_2021_fillable_020822.pdf.
2. Застрахователни претенции към Застрахователя могат да отправят само правоимащи лица по Застраховката или техните пълномощници. Съобразно Застраховката правоимащите лица могат да бъдат застрахованите лица, техните наследници или ползващите се лица.
3. Когато правоимащото лице е малолетно, Заявлението се подава от името на малолетното дете чрез неговия законен представител (родител или настойник), който трябва да удостовери това свое качество пред Застрахователя. Когато правоимащото лице е непълнолетно Заявлението се подава от името на непълнолетното дете със съгласието на неговия родител или попечител, който трябва да удостовери това свое качество пред Застрахователя. Към заявлението за прилагат прилага необходимите документи, доказващи качество родител/настойник/попечител.
4. Когато Заявлението се подава чрез пълномощник, на първо място се посочват данните на упълномощителя и на второ тези на упълномощеното лице, което задължително се отбелязва на Заявлението, и се прилага копие на пълномощното.
5. Заявлението, ведно с приложените към него документи, може да се подаде:
 - в писмен вид - във всяко Структурно звено на застрахователя всеки работен ден от 9:00ч. до 17:30ч;
 - по поща – на адрес: ул. Сребърна № 16, п. к. 1407, столичен район Лозенец, град София.
6. В случай че правоимащо лице има застрахователни претенции по различни Застраховки, следва да попълни отделни Заявления за всяка една Застраховка.

7. В Заявлението се посочват:

- лични данни на правоимащото лице, необходими за предявяване на претенцията, и качеството, в което лицето я предявява – застраховано лице, застраховач, законен наследник или ползващо се лице;
- лични данни на лицето, което съгласно Застраховката следва да получи застрахователната сума или обезщетението, или на което следва да бъдат предоставени съответните стоки и услуги; факта на доживяване до определена възраст от застрахованото лице, когато е относимо;
- адрес и телефонен номер за кореспонденция във връзка със Заявлението. В Заявлението се посочва електронен адрес, в случай че лицето желае да получава съобщенията по застрахователната претенция по електронен път;
- банкова сметка, по която да се извършват плащанията;
- номер на застрахователната полица/договора за застраховка, по които се предявява претенцията;
- датата на събитието и обстоятелствата, при които то е настъпило;
- подробен опис на приложените към Заявлението документи.

8. Съобразно техническата обезпеченост във връзка с процеса на ликвидация от лицето, отправящо Заявлението, може да бъде изискано задължително да изрази дали е съгласно правната сила на електронния подпис и на усъвършенствания електронен подпис да бъде равностойна на тази на саморъчния подпис на лицето, правещо изявления по повод на Заявлението, в случаите когато писмената форма на уведомяване по Застраховка е задължителна, съгласно КЗ, така че комуникацията по Заявлението да може да се извършва и чрез използването на електронен подпис по смисъла на чл. 3, т. 10 от Регламент (ЕС) № 910/2014 или на усъвършенстван електронен подпис по смисъла на чл. 3, т. 11 от Регламент (ЕС) № 910/2014.

9. Непредоставянето на данни за банковата сметка от страна на лицето, което желае да получи застрахователна сума или обезщетение, има последиците на забава на кредитора по отношение на плащането, като Застрахователят не дължи лихва по чл. 409 от КЗ.

10. След получаване от Застрахователя на Заявлението и приложените документи, същото се проверява дали е надлежно окомплектовано и дали лицето, вписано в него като заявител и това, което действително го подава, са едно и също лице. Приемането на Заявлението от Застрахователя се удостоверява с поставянето на входящ номер и дата на завеждане (регистриране в деловодство на Застрахователя).

11. Всяка застрахователна претенция се регистрира в информационната система на Застрахователя и получава уникален номер. Всички документи, получавани в и изпращани от Застрахователя, свързани с това Заявление, образуват Застрахователна преписка на претенцията („Застрахователна преписка“).

IV. **Необходими документи към застрахователната претенция**

1. За При предявяване на застрахователната претенция към Заявлението правоимащото лице трябва да представи необходимите документи, определени от Застрахователя и доказващи неговата претенция по основание и размер за изплащане на застрахователна сума или обезщетение, или за получаване на

съответните стоки и услуги по Застраховката. Повече подробности относно необходимите документи са налични на интернет сайта на Застрахователя: https://www.allianz.bg/bg_BG/individuals/claims-and-service/how-to-file-a-claim.html#

2. След получаване на документите по предходната точка, Застрахователят може да изиска и допълнителни такива при спазване на разпоредбата на чл. 106, ал. 3, ал. 4, и ал. 5 от КЗ. Всяко представяне на допълнителни доказателства се удостоверява от Застрахователя пред лицето, заявило претенцията, и датата на представяне на съответното доказателство се регистрира в деловодство.
3. За приемане и разглеждане на застрахователната претенция към Заявлението се прилагат:
 - документи, удостоверяващи наличието на действаща Застраховка – първият екземпляр на застрахователната полица с приложените към нея общи условия, заявление за сключване на застраховката, както и евентуално издадените списъци и допълнителни споразумения (добавъци) към нея;
 - документи, идентифициращи правоимащото лице – документ за самоличност (за физическите лица), удостоверение за актуално състояние (за юридическите лица);
 - Удостоверение за банкова сметка - оригинал;
 - документи, удостоверяващи качеството на лицето и правото му да получи претендираната сума или обезщетение – заверено копие на удостоверение за наследници, служебна бележка от работодателя, заверени от работодателя копия на трудовия договор и заповедта за прекратяване на трудовото правоотношение;
 - документи, удостоверяващи факта на настъпване на събитието – заверено копие на акт за смърт или препис – извлечение на акта за смърт, съобщение за смърт, медицински документи (болнични, амбулаторни листове, експертни решения на ТЕЛК/НЕЛК, епикризи, медицински удостоверения и други);
 - документи, съдържащи информация за обстоятелствата, при които е настъпило събитието – съдебномедицински експертизи, документи издадени от правоохранителните органи (протоколи за ПТП, служебни бележки и др.), от работодателя и НОИ (декларация и протокол от разследване на трудова злополука, разпореждане на НОИ и др.), от съдилищата, прокуратурата и следствените органи (съдебни решения, наказателни постановления и др.), освен ако съществува нормативна пречка или поради липсата на правна възможност за осигуряването им, както и други официални документи;
 - документи, удостоверяващи първоначалното поставяне или уточняване на диагнозата, историята на заболяването и провежданото лечение – лична амбулаторна карта, болнични листове, амбулаторни листове, епикризи, оперативни протоколи, разчитане на образни изследвания, протоколи на ЛКК, рецепти, рецептурни книжки, документи от органите на медицинската експертиза на работоспособността, други официални медицински документи;
 - документи, удостоверяващи извършените от лицето разходи – рецепти, фактури с касови бележки на името на лицето, други официални платежни документи;
 - всички документи, изброени по-горе и/или допълнително посочени, се изискват от Застрахователя при съобразяване с разпоредбата на чл. 106, ал. 3, ал. 4 и ал. 5 от КЗ.
4. В зависимост от настъпилото застрахователно събитие, покритите по Застраховката рискове и вида на дължимото плащане, лицето представя посочените по-горе документи. Във всеки отделен случай, Застрахователят, при съобразяване на разпоредбата на чл. 106, ал. 3, ал. 4 и ал. 5 от КЗ, има право да изиска и получи от лицето, подаващо претенцията, и други документи и/или материали, извън посочените в настоящите Правила или в конкретната Застраховка, които пряко или косвено се отнасят до застрахователното събитие.

5. В случаите, когато се изисква представянето на документи, освен когато нормативен акт изрично предвижда предоставянето на документ в оригинал, може да бъдат приети и преписи на съответните документи, заверени по установения от закона ред, както и копия на документи, заверени от предявяващия претенцията, след направено сверяване с оригинала от представител на Застрахователя.
6. Застрахователя може да изиска издадени документи във връзка със застрахователната претенция на чужд език да бъдат преведени на български език от заклет преводач за сметка на правоимащото лице. Застрахователят може да изиска за сверяване и оригиналите на документите, и официално легализиран превод.

V. Окомплектоване на застрахователните преписки

1. Всяка застрахователна претенция се въвежда в информационната система на Застрахователя и се разглежда и обработва от него, като се извършва преглед на представената информация по Застрахователната преписка, предварителна оценка на претенцията въз основа на наличната документация, свързана със застрахователното събитие, проверява се статусът на застрахователната полица в информационната система, условията на конкретната Застраховка и се преценява необходимостта от допълнителни доказателства.
2. В случаите, когато в резултат на застрахователното събитие прекратява действието на Застраховката, задължително към Застрахователната преписка се прилага първият екземпляр на полицата. Такива събития са:
 - смърт на застрахованото лице през срока на застраховката (с изключение на: Женитбена застраховка; групова рискова застраховка "Живот"; групова застраховка "Злополука" и групова рентна застраховка);
 - доживяване края на срока на застраховката;
 - предсрочно прекратяване на застраховката поради откуп;
 - изплащане еднократно на дължимите ренти или на последната дължима рента.
3. Ако първият екземпляр на полицата е изгубен или унищожен, лицето, предявяващо претенцията, подписва Декларация за изгубена полица (по образец) на Застрахователя, която се прилага към Застрахователната преписката.
4. В случаите, когато застрахователното събитие не прекратява действието на Застраховката, лицето, предявяващо претенцията, представя копие на първия екземпляр на полицата, а оригиналът се сверява с копие и се връща на лицето.
5. Правилата по предходните т.2-4 не се прилагат за групови застраховки.

VI. Изплащане на застрахователни суми и обезщетения. Предоставяне на медицински стоки и услуги

1. При настъпване на застрахователното събитие или на определените в договора условия, Застрахователят е длъжен да плати застрахователната сума или частта от нея, определена в Застраховката. В зависимост от характера и вида на настъпилите в резултат на събитието вреди се извършва тяхната оценка от Застрахователя въз основа на последиците, покрития застрахователен риск и представените доказателства. Застрахователят обезщетява имуществени вреди само при действително извършени от увредения разходи и в този случай застрахователното

обезщетение се определя на основание представените и приети от Застрахователя доказателства за основанието и размера на обезщетението, и в границите на определената със Застраховката сума.

2. Застрахователната сума или обезщетение се изплаща и в случаите, когато този, който е причинил вредата, е длъжен да обезщети застрахования или вече го е обезщетил, както и ако застрахованият е получил плащане по друг застрахователен договор.
3. Застрахователят се произнася по претенцията (извършва плащане/предоставя съответните стоки и услуги) или мотивирано отказва в срок от 15 работни дни от датата, на която са представени поисканите доказателства за установяване на застрахователното събитие и на размера на плащането. Когато не са представени всички необходими и/или поискани доказателства Застрахователят мотивирано отказва или извършва плащане, не по-късно от 6 месеца от датата на предявяването на претенцията.
4. Във връзка с предявената застрахователна претенция Застрахователят:
 - мотивирано отказва изплащане на застрахователна сума или обезщетение, или предоставянето на съответните стоки и услуги;
 - признава претенцията и определя да се изплати застрахователна сума или обезщетение, или да се предоставят съответните стоки и услуги, съответната откупна стойност, като решението се взема от компетентния орган на Застрахователя съгласно неговите вътрешни актове.
5. При отказ на Застрахователя по претенцията подробно се посочват мотивите за това решение.
6. При уважаване на претенцията, с решението за изплащане на застрахователната сума или обезщетение, се определят:
 - основанието за плащане;
 - видът и размерът на плащането;
 - лицето, което ще получи сумата или обезщетението.
7. При уважаване на претенцията за предоставяне на медицински или други стоки и услуги се определят:
 - основанието за предоставяне на съответните стоки и услуги;
 - конкретният вид на услугите и периодът, за който се предоставят, както и видът и количеството на стоките;
 - изпълнителят, чрез който Застрахователят предоставя съответните стоки и услуги.
 - лицето, което ще получи съответните стоки и услуги.
8. Когато по Застраховката са определени ползвачи се лица, при изплащане на застрахователна сума, поради смърт на застрахованото лице, в решението за плащане се посочват поименно всички ползвачи се лица, съгласно Застраховката и съответната сума, която следва да получи всяко от тях.
9. Застрахователната сума или обезщетение се изплащат само по банков път лично на правоимащото лице, съгласно условията на Застраховката или на изрично посочено от него лице.
10. Ако със застрахователната полица или допълнителни споразумения към нея не е уговорено друго, право да получат съответните суми и обезщетения, в зависимост от вида на плащането имат следните лица:
 - при предсрочно прекратяване на Застраховката поради откуп – откупната стойност се изплаща лично на Застрахователя;
 - при трайна загуба на работоспособност или временна неработоспособност на Застрахованото лице, дневни пари за болничен престой на лицето, както и разходи

за лекарства и консумативи за неговото лечение – сумата или обезщетението се изплаща лично на Застрахованото лице;

- при смърт на Застрахованото лице – сумата се изплаща лично на ползващите се лица, посочени в полицата или ако не са посочени такива – на неговите законни наследници;
 - при доживяване края на срока на Застраховката – сумата се изплаща лично на Застрахованото лице или на определеното/ите ползващо/и лице/а/.
11. Ефективното изплащане на сумата или обезщетението на лице, което не е правоимащо лице, се допуска само ако то е изрично упълномощено лице по реда и при условията на чл. 338 от КЗ. За целта упълномощеното лице представя на Застрахователя в оригинал изрично писмено пълномощно с нотариална заверка на подписите за съответната застрахователна претенция или плащане, в което се съдържа изявление, че правоимащото лице е уведомено, че има право да получи плащането лично. Ако пълномощното не отговаря на посочените изисквания, Застрахователят указва да бъде представено ново пълномощно.

В случай че упълномощеното лице е застрахователен посредник, плащането по застрахователната претенция се извършва само по негова клиентска сметка.

12. В случаите когато правоимащото лице, което следва да получи плащането, е непълнолетно, сумата или обезщетението се превежда по влог на лицето, при спазване на вътрешните актове на Застрахователя за изплащане на суми на тези лица.
13. Определянето на размера на данъци, такси и други такива, които съществуват или ще бъдат установени върху размера на застрахователното плащане, тяхното евентуално удържане и плащане се извършва при спазване на вътрешни актове на Застрахователя и изискванията действащото законодателство.

VII. Поверителност при уреждане на застрахователните претенции

1. Застрахователят обработва личните данни, които се предоставят при и по повод сключването, действието и прекратяването на застраховките, вкл. при обработване на застрахователни претенции, на основанията и за целите, посочени в Съобщението за защита на личните данни, достъпно на: www.allianz.bg/gdpr/.
2. Информацията, която получава Застрахователят относно Застрахованото лице в ликвидационния процес, е застрахователна тайна и може да бъде предоставяна на други лица, само в изрично определените от закона случаи и може да бъде използвана единствено за целите на обработката на застрахователни претенции и плащанията по тях.
3. Обработката на личните данни в ликвидационния процес, в това число лични данни за здравословно състояние на Застрахованото лице, се извършва без необходимостта от изрично съгласие. Данните се обработват единствено за целите на уреждане на застрахователните претенции и за изпълнение на задълженията на Застрахователя по условията на Застраховката и изключително в интерес на Застрахованите лица с оглед произнасянето на Застрахователя по предявената претенция.
4. Във връзка с изискванията на Общия Регламент за защита на данните (Регламент (ЕС) 679/2016), в хода на ликвидационния процес правоимащото лице следва да се

запознае със Съобщението за защита на личните данни на Застрахователя, като удостовери това с подписа си.

VIII. Разглеждане на жалби

1. Когато ползвател на застрахователни услуги е недоволен или изразява несъгласие от предоставените услуги от Застрахователя, вкл. решения по ликвидационни преписки, или има оплаквания/несъгласия от/с поведението на служители, застрахователни посредници или други лица, работещи от името на Застрахователя, може да подаде писмена Жалба, в която да изложи своите възражения и да представи доказателства в подкрепа на същите.
 2. Ползвателите на застрахователни услуги могат да подават Жалби на всеки етап от обслужването им:
 - в писмен вид - във всяко Структурно звено на Застрахователя;
 - по поща – на адрес: ул. Сребърна № 16, п. к. 1407, столичен район Лозенец, град София;
 - на имейл адреса за оплаквания: cm@allianz.bg;
 - на интернет сайта www.allianz.bg чрез контактна форма в секция „Свържи се с нас“.
 3. Подаването на Жалба е безплатно за ползвателите на застрахователни услуги.
 4. Към Жалбата могат да се приложат писмени доказателства, които не са били представени на Застрахователя по преписката и са относими към застрахователното събитие, причините за настъпването му, основанието и размера на претенцията.
 5. Жалбата се подава до Застрахователя в свободен текст, като задължително трябва да съдържа следните минимални реквизити:
 - име и фамилия по документ за самоличност, ЕГН/ЛНЧ и адрес за кореспонденция, валидни телефон и e-mail на жалбоподателя (съответно фирмено наименование, ЕИК, седалище, адрес на управление и представляващ при юридическите лица), на който ще се изпраща кореспонденцията във връзка с подадената Жалба;
 - описание на пълномощно, в случаите когато се подава чрез пълномощник;
 - номер на претенцията (съгласно заявлението за нея), ако е относимо;
 - първоначално решение или становище на Застрахователя относно претенцията, ако има предоставено такова;
 - подробно излагане на възраженията и тяхното основание от страна на Застрахованото лице и формулиране на искането (при жалба); описание на запитването; описание на констатираната нередност или описание на установената слабост и препоръка за нейното подобряване;
 - номер на застрахователна полица/застрахователен сертификат, когато е приложимо;
 - опис на приложените документи, при наличие на такива;
 - подпис на лицето, подало Жалбата или негов законен представител или пълномощник, ако е представена на хартиен носител.
- Липсата на някои от описаните по-горе реквизити не е основание за неразглеждане на Жалбата, освен в случаите когато липсват данни за обратна връзка с жалбоподателя.

6. 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.
7. Не се разглеждат Жалби, които са подадени анонимно и чийто подател не може да бъде идентифициран.
8. Застрахователят поддържа регистър на постъпилите Жалби. Всички получени писмени Жалби се регистрират в деня на постъпването им, ако са получени в рамките на работното време на Застрахователя, а във всички останали случаи - в следващия работен ден, и се разпределя по компетенция към съответното отговорно звено на Застрахователя. Застрахователят информира жалбоподателя за датата и номера на регистрацията чрез предоставяне на уникален пореден номер, ведно с посочване на датата на подаване на Жалбата.
9. След постъпване на Жалба по претенция тя се насочва към функция Управление и разглеждане на жалби и се възлага на лице, което не е участвало при уреждането на претенцията, за която се отнася Жалбата. 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.
10. Всички запитвания, молби, Жалби и/или възражения, по повод на движението и/или разглеждане на Застрахователна претенция на ползвател на застрахователни услуги, се депозират в писмена форма, като Застрахователят е длъжен да отговори писмено и мотивирано в определения от КЗ срок (Жалбите се разглеждат в 1-месечен срок от постъпването им, а фактическа и правна обосновка на определения размер на обезщетението се предоставя в 7-дневен срок от постъпването на Жалба от ползвател на застрахователни услуги относно размера на определеното обезщетение). В случай че за изготвяне на отговора е необходимо Застрахователят от своя страна да отправи запитване към трето лице или по случая следва да се произнесе държавен орган, Застрахователят уведомява лицето, че ще отговори окончателно след получаване на съответния отговор. В случаите когато жалбата е подадена чрез Комисията за финансов надзор (КФН), Застрахователят се произнася в сроковете, указани от КФН. В случай на промяна на първоначалното решение по Жалба, подадена чрез КФН, Застрахователят уведомява писмено както КФН, така и жалбоподателя.
11. След разглеждане на Жалбата по повод на застрахователна претенция, Застрахователят може да я отхвърли като неоснователна или да я уважи, включително и да постанови застрахователно плащане и/или да увеличи размера на първоначалното застрахователно плащане, като за целта уведомява ползвателя на застрахователни услуги.
12. Решението на Застрахователя, с което се уважава Жалбата и се постановява застрахователно плащане или предоставяне на съответните стоки и услуги, или се увеличава размера на първоначалното застрахователно плащане, подлежи на изпълнение.
13. Решението на Застрахователя и мотивите към него се съобщават на жалбоподателя по установения за това ред или по изрично указан от жалбоподателя друг начин.
14. Независимо от правото на жалба пред Застрахователя ползвателят на застрахователни услуги има право да се обърне към Комисията за финансов надзор, съответно към орган за извънсъдебно решаване на спорове или да търси правата си по съдебен ред, като отнесе спора за решаване пред компетентния съд, съгласно

действащото българско законодателство. Правото на иск пред съда е независимо и самостоятелно, без да е обвързано от процедурата по обжалване пред самия Застраховател.

15. На територията на Република България споровете, свързани с предоставянето на застрахователни услуги, могат да бъдат разгледани извънсъдебно в производство по Алтернативното решаване на спорове пред секторната помирителна комисия към Комисията за защита на потребителите (адрес: гр. София 1000, ул. Врабча № 1, ет. 3, 4 и 5; тел. 02/ 9330 588; интернет сайт www.kzp.bg; имейл адрес: adr.ins@kzp.bg).
16. Правата и задълженията по застраховките "Живот", "Злополука" и "Заболяване" във връзка със застрахователното обезщетение или сума се погасяват с 5 (пет) годишна давност, считано от датата на настъпване на застрахователното събитие. Давността спира да тече от датата на предявяване на претенцията пред Застрахователя до датата на получаването на произнасянето на Застрахователя, съответно до изтичане на максималния срок за произнасяне по чл. 108, ал. 2 от КЗ, която от двете дати е по-ранна. Вземанията за лихви върху застрахователното обезщетение се погасяват с тригодишна погасителна давност.

IX. Заключение разпоредби

1. Взаимодействие Тези Правила за дейността по уреждане на претенции по застрахователни договори на Застрахователно акционерно дружество "Алианц България Живот" са установени на основание чл. 104 от КЗ.
2. Тези Правила са приети на заседание на Съвета на директорите на ЗАД „Алианц България Живот“, проведено на 28.06.2006 година и са изменени на заседание на Съвета на директорите, проведено на 11.09.2006 година, на заседание на Съвета на директорите, проведено на 01.08.2016 година и на заседание на Управителния съвет, проведено на 14.07.2022 година, на заседание на Управителния съвет, проведено на 04.10.2023 година.
3. Правилата влизат в сила от датата на приемането им, съответно – изменението им.