

ВЪТРЕШНИ ПРАВИЛА ЗА ОРГАНИЗАЦИЯ НА ДЕЙНОСТТА ПО УРЕЖДАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ ПРЕТЕНЦИИ

ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

Чл. 1. С тези Вътрешни правила се урежда дейността по приемане, оценка и изплащане на застрахователни претенции по застрахователни договори.

ПРЕДЯВЯВАНЕ И ПРИЕМАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ ПРЕТЕНЦИИ

Чл. 2. *(Изм., решение на СД от 30.10.2013 г.)* При настъпване на застрахователно събитие, застрахованите, техните законни представители и наследници или упълномощените от тях лица са длъжни в 7-дневен срок, от датата на настъпването му да уведомят застрахователя писмено, по факс, електронна поща или телефон. Уведомяването се извършва чрез завеждане на претенция (бланка по образец). В случай, че уведомяването се извърши по алтернативен начин (по телефон, електронна поща и т.н.) се изисква допълнително представяне пред застрахователя на попълнената претенция по образец, ведно с необходимите документи, като за дата на завеждане на застрахователната претенция се счита датата на алтернативното уведомяване.

Чл. 3. *(Изм., решение на СД от 30.10.2013 г.)* Застрахованите, техните законни представители и наследници или упълномощените от тях лица са длъжни да приложат изискуемите оригинални и/или копия на медицински и счетоводни документи, съгласно Общите условия по съответния вид застраховка. Копията на документи следва да бъдат заверени по установения от закона ред или заверени от потребителя след предварително сверяване с оригинала от служител на застрахователя.

Чл. 4. Застрахователните претенции се завеждат в отдел „Деловодство и архив” по реда и в сроковете, предвидени в застрахователните договори.

Чл. 5. *(Изм., решение на СД от 30.10.2013 г.)* При подаването на претенция се предоставя входящ номер и дата. Служителят приел претенцията вписва в бланката трите имена и длъжността си и се подписва. В случай, че застрахователната претенция е постъпила в регионална структура на застрахователя, служителят приел претенцията е длъжен да я приеме, като удостовери това обстоятелство с полагане на входящ номер и дата на получаване, да впише в бланката трите имена и длъжността си и да се подпише, да я окомплектова и изпрати в централно управление най-късно на следващия работен ден, където същата се разглежда по реда, уговорен в настоящите правила.

Чл. 6. (1) Ако служителят, приемащ претенцията, установи че е налице основание да се откаже плащане поради някоя от следните причини: напр. поради това, че лицето, предявило претенцията не е активно легитимирано; застрахователния договор не е в сила към датата на събитието; налице е изключение от покритието или има друго основание за отказ, той е длъжен да уведоми за това лицето, но няма право да откаже завеждане на претенцията в електронния регистър.

(2) Становището по ал. 1 е предварително. Окончателното произнасяне по подадената претенция се извършва не по – късно от 15 дни от представяне на всички необходими доказателства по нея.

(3) В указания по ал. 2 срок застрахователят трябва да определи и изплати размера на обезщетението или застрахователната сума, или мотивирано да откаже плащането.

ДОКАЗАТЕЛСТВА ЗА УСТАНОВЯВАНЕ НА ОСНОВАНИЕТО И РАЗМЕРА НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИТЕ ПРЕТЕНЦИИ

Чл. 7. Доказването на настъпване на застрахователно събитие и размера на разходите по него е задължение на застрахования. За изпълнението му застрахованият е длъжен:

1. Да представи на застрахователя документите, изискуеми по Общите условия по застраховка „Заболяване“, както следва:
 - 1.1. Платежни документи, доказващи вида и размера на извършените разходи. В документите се вписва стойността на всяка заплатена услуга и/или стока по отделно и общо;
 - 1.2. За лекарства: рецепти, амбулаторен лист от прегледа на лекаря предписал лекарствените средства, епикриза за лекарства закупени по време на болнично лечение, епикризи, фактура и фискален бон;
 - 1.3. За медицински прегледи: амбулаторен лист от прегледа копие на резултатите от проведени медицински изследвания, лекарски назначения за извършени манипулации, фактура и фискален бон;
 - 1.4. За болнично лечение: епикриза, копия на резултати от проведени медицински изследвания, лекарски назначения за извършени манипулации, картон с проведено лечение, фактура и фискален бон;
 - 1.5. За изследвания: медицински документ, съдържащ данни от прегледа, диагноза, изискваща направените изследвания и резултатите от тях;
 - 1.6. За услуги, свързани с битови условия за предоставена медицинска помощ: документ удостоверяващ необходимостта от оказването на медицински услуги при битови условия, фактура и фискален бон;
 - 1.7. За проведено стоматологично лечение: медицински документ от прегледа, съдържащ стоматологичен статус, описание на извършените дейности и рентгенови снимки;
 - 1.8. За физиотерапевтични процедури: медицински документ от прегледа, при който е установена диагноза изискваща лечението или епикриза от болнично лечебно заведение и медицински картон с описание на извършените процедури;
2. Да представи на застрахователя документите, изискуеми по Общите условия по застраховка „Злополука (включително производствени злополуки и професионални заболявания)“, както следва:
 - 2.1. При смърт - застрахователна полица в оригинал; акт за трудова злополука или документ, удостоверяващ настъпването на битова злополука; смъртен акт; удостоверение за законни наследници, ако в полицата не е посочено ползващо лице; служебна бележка,

удостоверяваща, че пострадалият е в трудовоправни отношения със застрахователя при групова застраховка злополука; аутопсионен протокол, медицинска експертиза от здравните заведения, в които е бил на лечение застрахования; копие от списъка, ако застраховката е сключена по поименен списък;

2.2. При загуба на работоспособност - застрахователна полица; акт за трудова злополука или документ, удостоверяващ настъпването на битова злополука; копия от болничните листа, заверени от длъжностно лице на фирмата, в която работи; епикриза от болничното заведение (ако застрахования е бил на лечение); решение на ТЕЛК или ЗМК, доказващ процента загуба на работоспособност; служебна бележка, удостоверяваща, че пострадалият е в трудовоправни отношения със застрахователя при групова застраховка злополука; личен амбулаторен картон от районното здравно заведение; копие от списъка, ако застраховката е сключена по поименен списък;

2.3. При общо заболяване - представяне на документ от болнично заведение за стационарно лечение, болничен лист от ЛКК за над 20 /двадесет/ дни отпуск по болест без прекъсване, епикриза на заболяването /ако е професионално заболяване – решение на ТЕЛК/НЕЛК.

3. Да представи допълнително поисканите от застрахователя документи по реда на чл. 105, ал. 3 и ал. 4 от Кодекса за застраховането документи, пряко свързани с настъпване на събитието.

Чл. 8. Служителят на застрахователя проверява попълнените реквизити в претенцията, наличието и коректността на приложените документи.

Чл. 9. Когато претенцията е предявена от застраховано лице, застрахователят го уведомява за допълнителните доказателства (които не са били предвидени в застрахователния договор при сключването му, но са пряко свързани със събитието и са необходими за установяване на основанието и размера на неговата претенция), най-късно в срок 45 дни от представянето на доказателствата, определени със застрахователния договор.

Чл. 10. При нередовни документи служителят на застрахователя връща на застрахованото лице или неговия представител същите за привеждане в съответствие с изискванията по реда на чл. 9.

Чл. 11. Не се допуска изискване на доказателства, с които потребителят на услуга по застрахователен договор не може да се снабди поради съществуващи нормативни пречки или поради липсата на правна възможност за осигуряването им, както и на такива, за които може да бъде направена благоразумна преценка, че нямат съществено значение за установяване на основанието и размера на претенцията и целят необосновано забавяне и удължаване на процедурата по уреждане на претенцията.

Чл. 12. Служителите на застрахователя са длъжни да разяснят на потребителя на застрахователна услуга за правата му по чл. 106 от Кодекса за застраховането, във връзка с установяването на застрахователно събитие и претърпените вреди (право на информация от страна на органите на Министерството на вътрешните работи, разследващите органи, другите държавни органи, личния лекар, лечебните и здравните заведения и лицата, които имат право да удостоверяват настъпването на

обстоятелства, както и заверени преписи от документи) и да им оказват съдействие за получаването на тази информация.

Чл. 13. (Изм., решение на СД от 30.10.2013 г.) Представянето на допълнителни документи се удостоверява с подпис на служител на застрахователя, както и с поставянето на входящ номер и дата, като застрахованото лице е длъжно да посочи номера на заведената претенция, по която се представят допълнителните доказателства и същите се завеждат към преписката по входящата вече претенция.

ОЦЕНКА НА ПРЕТЕНЦИЯ ПО ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ ДОГОВОРИ

Чл. 14. (1) Установяване на характера на настъпилото събитие и размера на обезщетението, се извършва от служител в Отдел „Застрахователни претенции“.

(2) При необходимост служителят, разглеждащ документите по подадената претенция и определящ размера на обезщетението, прави консултация с нещо лице (доверен лекар), юрисконсулт или друг служител на компанията, от чиято компетентност е съответния казус.

Чл. 15. (1) След определяне на дължимата сума за плащане, служителят от Отдел „Застрахователни претенции“ съставя доклад/индивидуален рапорт, съдържащ информация за начина на формиране на дължимата сума за плащане и нейния размер. Докладът/индивидуалният рапорт се съставя в два екземпляра - единия остава към образуваната преписка по претенция, втория – в счетоводството след изплащане на сумата. Докладът/индивидуалният рапорт се подписва от директор на дирекция „Медицински дейности и Застрахователни претенции“ или друг оторизиран служител в дирекцията и Изпълнителен директор или друг представляващ дружеството.

(2) При съставяне на доклад/индивидуалния рапорт експертът в Отдел „Застрахователни претенции“:

1. Отпечатва доклад/индивидуален рапорт;
2. Проверява застрахователния статус на застрахованото лице;
3. Проверява наличния лимит на отговорност;
4. Проверява наличието и коректността на изискуемите документи съгласно Общите и Специални условия;
5. Извършва приблизителна оценка на размера на претендираната сума в зависимост от вида на събитието и покритието по застрахователния договор;
6. Проверка на медицинската целесъобразност на ползваните услуги и стоки се извършва от доверения лекар към дружеството.
7. Проверка на медицинската целесъобразност на ползваните услуги и стоки се извършва от доверения лекар към дружеството. Същият вписва в рапорта:
 - 7.1. Кодовете по Международната класификация на болестите 10 (МКБ 10) на основното и придружаващите заболявания на застрахованото лице;
 - 7.2. Отбелязва наличието на застрахователно събитие в обхвата на изключените рискове от Общите условия;
 - 7.3. Мнение за целесъобразността на предписаната терапия.

Чл. 16. При извършване на оценката, ако това е необходимо, се ползват и други специалисти като вещи лица.

Чл. 17. При установяване на пропуски и необходимост от прилагане на допълнителни документи експертите изготвят писмо до застрахованото лице за предоставянето им по реда на чл. 9.

Чл. 18. В Дирекция „Финансово-счетоводна” се проверява коректността на финансовата документация, остойността се предявената претенция и размера на самоучастието, при наличие на такова. Становището се вписва в Рапорта към претенция за възстановяване на разходи.

Чл. 19. Проверената и остойностена претенция за възстановяване на разходи се представя за окончателно становище на изпълнителния директор на застрахователя.

ОКОМПЛЕКТОВАНЕ НА ПРЕПИСКИТЕ И ОПРЕДЕЛЯНЕ РАЗМЕРА НА ОБЕЗЩЕТЕНИЯТА

Чл. 20. Всяка преписка по претенция се окомплектова с:

1. Опис на всички поискани от застрахователя и представени от застрахования документи;
2. Документите, представени от застрахования;
3. Заключение на експертите от отдел „Застрахователни претенции“, извършили преглед на претенциите, както и на други експерти и вещи лица;
4. Сравнителни експертизи и изчисления на размера на обезщетенията;
5. Документи и становища, получени от компетентните органи по случая;
6. Доклад/индивидуален рапорт с предложение за размера на застрахователното обезщетение или с предложение за отказ за изплащане на такова.

Чл. 21. При изготвяне на доклада/индивидуалния рапорт по чл. 20, т. 6, компетентният служител на застрахователя е длъжен да се убеди, че претенцията е доказана по основание и размер, а именно че:

1. Застрахователният договор е в сила към датата на събитието и са платени всички дължими подлежащи на плащане до момента премии;
2. Застрахователното събитие се покрива по договора и няма основание да се приложат изключения;
3. Няма нарушение на задължения по договора от страна на застрахования, които дават основание да се откаже плащане;
4. Всички описани събития подлежат на обезщетяване;
5. Всички необходими документи по преписката по претенцията са представени.

Чл. 22. (1) При смърт на застрахования, настъпила до една година от датата на злополуката, застрахователят изплаща на ползващите лица, или ако такива не са посочени, на законните наследници на застрахования, застрахователната сума. Ако е изплатено вече някакво обезщетение за трайна или временна неработоспособност, Застрахователят изплаща обезщетение в случай на смърт, намалено с така изплатеното обезщетение.

(2) При настъпване на риска загуба на работоспособност, последвал в срок от една година от датата на застрахователното събитие, застрахователят изплаща обезщетение, чийто размер представлява процент от застрахователната сума, равен

на процента загубена работоспособността. Този процент се определя от ТЕЛК или от Застрахователно-медицинска комисия (ЗМК) на застрахователя.

(3) При временна загуба на работоспособност от злополука или от общо или акутно заболяване се изплаща обезщетение в процент от застрахователната сума, в зависимост от вида застраховка – индивидуална или групова.

(4) При претенция за медицински разноси - медицински разходи, дневни пари за болничен престой, медикаменти вследствие на злополука или общо заболяване размерът на обезщетението се определя от размера на действително направените разходи от застрахования за медицински услуги и/или стоки в съответствие с покритието.

ИЗПЛАЩАНЕ НА ОБЕЗЩЕТЕНИЯ И СУМИ

Чл. 23. Изплащането на обезщетения и суми се извършва в сроковете и в размерите съгласно Общите и Специални условия по съответната застраховка, но не по-късно от 15 дни от датата на представянето на всички доказателства за настъпване на застрахователно събитие и размера на разходите.

Чл. 24. Когато в сроковете по чл. 23 се установи, че не е налице основание за плащане на претенция или че сумата за възстановяване е по-малка от размера, претендиран от застрахованото лице, застрахователят изпраща писмено становище най-късно в срок 15 дни от представянето на всички документи.

Чл. 25. Когато няма основание за отказ за плащането, но определени обстоятелства не са били установени, застрахователят е длъжен да ги посочи заедно с доказателствените средства за тяхното установяване при спазване разпоредбите по чл. 105 от Кодекса за застраховането.

Чл. 26. При необходимост от допълнително разглеждане на застрахователните претенции, същите се предават за окончателна преценка от ръководството на дружеството.

Чл. 27. Одобрените претенции се предават на счетоводството за извършване на плащане. Плащането се извършва на каса или по банков път, като начина на плащане се избира от застрахования/застрахователя.

Чл. 28. След извършване на плащането, счетоводството отразява датата на извършения превод и прилага счетоводния документ (платежно нареждане) към преписката.

Чл. 29. Преписката с платежния документ се предава в Дирекция „Информационно обслужване” за разнасяне на одобрените суми от претенциите по индивидуалните партии на застрахованите лица.

ОТКАЗ ЗА ИЗПЛАЩАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ОБЕЗЩЕТЕНИЕ

Чл. 30. Отказ за изплащане на обезщетение и сума се прави при наличие на едно или повече от следните обстоятелства:

1. Застрахователният договор не е бил в сила към датата на събитието;
2. Застрахователното събитие не се покрива по договора или е в обхвата на изключените рискове от Общите условия по съответния вид застраховка;

3. Налице е съществено нарушение на задължения по договора от страна на застрахователя, което е предвидено в договора за застраховка заболяване като основание за отказ на плащане на сума за възстановяване;
4. Застрахователят е отказал да предостави документи, изискани в съответствие с чл. 105 от Кодекса за застраховането, необходими за доказването на основанието за изплащане на сума за възстановяване;
5. Застрахователят е представил документи с невярно съдържание, неистински, подправени или фалшиви документи или по друг начин се е опитал да заблуди или измами Застрахователя.
6. Плащането е в нарушение на законодателството или на други условия по Общите и Специални условия за съответната застраховка.

РАЗГЛЕЖДАНЕ НА ЖАЛБИ

Чл. 31. (1) Всяко заинтересовано лице има право да подава жалби до застрахователя.

(2) Жалбите се завеждат във входящата поща в деловодството на дружеството. Служителите на застрахователя нямат право да отказват приемането на такива документи. Анонимни сигнали и жалби не се завеждат и разглеждат.

(3) След завеждане в деловодството на дружеството, жалбата се предава на:

1. Изпълнителен директор за резолюция и разпределение към съответната дирекция.
2. След резолюция на изпълнителния директор, жалбата се предава на съответната дирекция за становище в срок не по – дълъг от 5 дни.

(4) Сектор „Деловодство и архив“ води на отчет и следи движението на преписките по жалби.

(5) Жалбата се завежда и статуса по нея се следи в регистър, съдържащ:

1. Дата на завеждане в деловодството на застрахователя;
2. Име на жалбоподателя;
3. Основание на жалбата – по претенция, застрахователен договор, други;
4. Предмет на жалбата (неоснователен отказ; неизпълнение на задължения; пропуснати срокове; жалба за размер, отношение към клиента; и др.);
5. Името на служителя, изготвящ становището;
6. Изходящия номер на отговора;
7. Становището на застрахователя (основателна/не/частично).

Чл. 32. (1) След завеждане на жалбата в регистъра, същата се предоставя на изпълнителен директор за резолюция и разпределение към съответната дирекция.

(2) След резолюция на изпълнителния директор на дружеството, жалбата се предава на съответната дирекция за становище в срок не по–дълъг от 5 дни, както следва:

1. Ако жалбата касае метода на определяне на обезщетението и/или неговия размер – на Директор на дирекция „Медицински дейности и Застрахователни претенции“, който изготвя становище в срок не по–дълъг от 5 дни;
2. В случаите, когато жалбата е свързана с условията на застрахователния договор (полица) - на Директор на дирекция „Продажби“, който изготвя становище в срок не по–дълъг от 5 дни;

3. Ако жалбата, включва и юридически казус, след получаване на становище от съответната Дирекция, преписката се изпраща в Дирекция „Правна“ за становище.

4. други по компетентност.

(3) По свое усмотрение изпълнителния директор може да възлага проверки и проучвания по подадени жалби, които да се извършват от конкретни служители.

(4) Когато това се налага с оглед на конкретния случай (с оглед на сложността му или значителния материален интерес), както и при повторни или последващи жалби, решение се взема от Съвета на директорите на дружеството.

Чл. 33. (1) Отговор на жалбата се изготвя от съответния директор на дирекция, към който е резолирана жалбата, след съгласуване с Дирекция „Правна“. Окончателен преглед на отговора се извършва от Дирекция „Правна“.

(2) Отговорът на жалба се подписва от изпълнителен директор на дружеството.

(3) Писмото, с което се отговаря на жалба се изпраща задължително с обратна разписка.

(4) Отговорът на жалба се изпраща до:

1. Жалбоподателя, когато жалбата е адресирана до застрахователя;
2. Комисия за финансов надзор, когато жалбата постъпва в застрахователя чрез Комисия за финансов надзор;

(5) Когато в резултат на жалба по претенция се налага плащане или доплащане на обезщетение, Дирекция „Медицински дейности и Застрахователни претенции“, въз основа на становището по жалбата изготвя доклад за плащане, едновременно с отговора по жалбата. Плащането се извършва съгласно установения ред.

(6) Отговорът на жалбата, се изготвя и изпраща не по-късно от:

1. 7-дневен срок от постъпването в дружеството - за жалби, постъпващи в застрахователя чрез Комисия за финансов надзор, освен ако не е определен по-кратък срок;

2. (Изм., решение на СД от 30.10.2013 г.) 15 дни от постъпване в дружеството – за жалби, адресирани директно до застрахователя. В този случай, началото на броене на срока се счита, момента на постъпване на жалба в централно управление. В случай, че жалбата е постъпила в регионална структура на застрахователя, служителят приел жалбата е длъжен да я приеме, като удостовери това обстоятелство с входящ номер и дата на получаване, да изпише трите имена и длъжността си и да се подпише, да я окомплектова и изпрати в централно управление най-късно на следващия работен ден, където същата се разглежда по реда, уговорен в настоящите правила. В този случай, началото на броене на срока се счита, момента на постъпване на жалба в регионалната структура.

(7) Контрол по спазване на определените в настоящите правила срокове за отговор на жалбите, с цел охраняване интересите на потребителите на застрахователни услуги, се осъществява от съответния директор, към който е насочена жалбата.

(8) Оригиналният екземпляр на жалбата се прилага:

1. Към преписката по претенция – когато жалбата е във връзка с претенция;
2. Към архивното копие на договора – когато жалбата е по застрахователен договор;
3. В архива на Дирекция „Правна“ - други жалби;

(9) В края на всяко тримесечие Дирекция „Правна“, съвместно с Дирекция „Продажби“ и Дирекция „Медицински дейности и застрахователни претенции“ правят анализ на постъпилите жалби и ако е необходимо предлагат корекции в действащите Общи условия по видовете застраховки, както и мерки за отстраняване на констатирани нарушения.

СРОКОВЕ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА ЗАДЪЛЖЕНИЯТА ПО ТЕЗИ ПРАВИЛА

Чл. 34. Регистрирането на претенция се извършва незабавно в деловодството на дружеството, след приемане на документите от служител на застрахователя.

Чл. 35. Изготвянето на доклад/рапорт по претенцията се извършва до 5 (пет) работни дни от окомплектоването им с всички необходими документи.

Чл. 36. Докладът/Рапортът по предходния член се утвърждава или връща за преработване до 2 (два) работни дни от представянето му.

Чл. 37. Писмо за отказ се изготвя, съгласува и изпраща до 3 (три) работни дни от предоставянето на рапорт с предложение за отказ, но не по-късно от 15 дни от представянето на всички доказателства по конкретната претенция.

Чл. 38. Счетоводството плаща по банков път или предава за плащане на каса на сумата за възстановяване в рамките на 2 (два) работни дни от предоставянето преписка с подписан от компетентните служители рапорт, но не по-късно от 15 дни от представянето на всички доказателства по конкретната претенция.

Чл. 39. Отговори на жалби се изпращат в рамките на 15 (петнадесет) дни от постъпването на съответната жалба на факса на централно управление или в деловодството.

КОНТРОЛ ВЪРХУ ДЕЙНОСТТА ПО УРЕЖДАНЕ НА ПРЕТЕНЦИИ

Чл. 40. (1) Контролът върху дейността по уреждане на претенции се извършва от Специализираната служба за вътрешен контрол чрез:

1. Планови проверки;
2. Проверки по жалби и сигнали на потребители на застраховки;
3. Проверки за спазването на този правилник при извършване на дейност по възстановяване на разходи изцяло или с представителни извадки.

(2) Когато представителна извадка по т. 3 на предходната алинея покаже нарушения, се извършва пълна проверка.

ПОЛУЧАВАНЕ НА ОБРАТНА ВРЪЗКА И ИЗСЛЕДВАНЕ НА УДОВЛЕТВОРЕНОСТТА НА КЛИЕНТИТЕ ОТ ДЕЙНОСТТА ПО УРЕЖДАНЕ НА ПРЕТЕНЦИИ

Чл. 41. Ръководителят на специализираната служба за вътрешен контрол е длъжен да направи необходимото за получаване на обратна информация от клиенти, на които са били платени обезщетения и суми. Информацията се събира чрез агенти и брокери и директно от клиентите.

Чл. 42. На всеки три месеца директорът е длъжен да обобщава събраната информация и да представя доклад до Съвета на директорите.

ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

§.1. Промени в тези Вътрешни правила се правят по реда на приемането им, с решение на Съвета на директорите.

§.2. Тези Вътрешни правила са приети с решение на Съвета на директорите от 05.08.2013 г. и влизат в сила от датата на влизане в сила на издадения от Комисията за финансов надзор лиценз за застраховане. Вътрешните правила са изменени с решение на Съвета на директорите от 30.10.2013 г.

§.3. За неуредените в тези Вътрешни правила въпроси и положения се прилагат съответните разпоредби на действащите нормативни актове.