

ВЪТРЕШНИ ПРАВИЛА И ПРОЦЕДУРИ

за изпълняване на ликвидационна услуга по здравна застраховка „Групама Вита“

I. ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Цел

Целта на този вътрешен документ е да систематизира и актуализира всички неписани указания и правила, които са подготвени и изпълняват ролята на помощно средство при ликвидацията на щети по здравна застраховка.

В настоящата стандартна процедура са отразени стъпките, които всички служители, представители и мениджъри трябва да спазват при регистрация, събиране на документи, комплектуване на преписки и изплащане на застрахователни обезщетения за възникнали щети, предявени от описаните в приложимите общи условия бенефициери.

Тази процедура е изцяло съобразена с утвърдената практика на работа и ръководните принципи за изложение на добрите практики и стандарти. От нейното спазване до голяма степен зависи нормалното и бързо протичане на ликвидационния процес, което е в основата на доброто и качествено обслужване на клиентите ни.

1.2. Обхват

Този документ е приложим за служителите и мениджърите на компанията, и за организациите, оказващи съдействие или извършващи специализирани услуги – доверени лечебни заведения, доставчици на медицински (здравни услуги).

1.3. Собственици

Мениджърите са собственици на процеса и наблюдават операциите на писаните политики и процедури за да се осигурят, че те отговарят и

са в съответствие с този административен документ и бизнес правилата на компанията.

1.4. Задължения

Спазването на настоящата процедура е задължително за всички застрахователни офиси и централно управление, регистриращи, обработващи или изплащащи застрахователни обезщетения.

II. ДЕФИНИРАНИ ТЕРМИНИ

2.1. Същност и предмет на застраховката

При заплащане на застрахователна премия Застрахователят осигурява покритие срещу рискове, произтичащи от заболяване, телесно увреждане при злополука, бременност и раждане на застрахованото лице, свързани с възстановяване на разходи на определени медицински услуги и стоки, и/или изплащане на фиксирани суми, които застрахователят ще покрие в рамките на обхвата, категориите и лимитите, определени в застрахователната полица и приложимите Общи условия.

2.2. Ликвидационна услуга

Ликвидационна услуга : дейност , част от цикъла на обезщетяване на застраховани лица или държатели на полици, присъща на застрахователя и неотменима фаза от съставните елементи на застраховането

2.3. Мрежа от доверени лечебни заведения

Доверени лечебни заведения, част от мрежата на застрахователя са всички здравни, медицински и диагностично-консултативни центрове, болници, лаборатории, частни индивидуални или групови медицински практики и други доставчици на здравни услуги и стоки, които са сключили договор за предоставяне на същите със Застрахователя, който е в сила и в който

застрахованото лице използва услугите, съгласно полицата и по начина, установен от настоящите Общи условия и Указанията за ползване на услугата.

III. ПРОЦЕС ЗА ОБРАБОТВАНЕ НА ЩЕТИ В ЦЕНТРАЛНИЯ ОФИС НА КОМПАНИЯТА

Част А. Възстановяване на направени от застрахованото лице разходи (претенция в контекста на ползването на здравни услуги на принципа на възстановяване на направените разходи извън мрежата на застрахователя)

Съгласно общите условия на застраховката, уведомяването за настъпило събитие следва да стане пред застрахователя посредством попълнено Заявление

Работният процес се състои от следните фази :

- *регистрация на щета ;*
- *оценяване ;*
- *калкулиране и уточняване на разходите за обезщетение*
- *уточняване на плащане*
- *утвърждаване на плащане*
- *регресни права*
- *канцелиране*

Застрахователят завежда за всяко отделно застрахователно събитие/ случай досие - преписка по щета според определена форма.

3.1. Регистрация на щета

3.1.1. Уведомление за настъпило застрахователно събитие се прави от застрахованото лице или от бенефициер – законен наследник, като за целта собственоръчно се попълва стандартна бланка

Всички предвидени реквизити на уведомлението следва да бъдат попълнени, като служителът регистриращ щетата трябва да оказва необходимата помощ на застрахованото

лице или бенефициента при срещане на затруднение в попълването..

3.1.2. Всички предявени претенции за щети задължително се регистрират, независимо от комплектността на наличните документи.

3.1.3. Всички предявени претенции за щети задължително се регистрират, независимо от настъпилото събитие, наличие на покрит или непокрит риск.

3.1.4. При регистриране на щета (независимо от покрития риск) задължително се открива досие - преписка по щета, което първоначално трябва да съдържа всички необходими и представени от бенефициента документи.

3.1.5. При проучване на застрахователно събитие или пострадало лице, застрахователят може да възлага на доверен лекар или вещо лице съставянето на експертно заключение за предоставени факти и доказателства. Заключение се съставя, подписва, представя и приема само с характеристиките и реквизитите на формален документ.

3.1.6. За пълно комплектуване на досие - преписка за щета Застрахованото лице или Бенефициентът трябва да представят на Застрахователя подробно описани в Общите условия, съгласно застрахователното покритие (Здравен пакет), по който се завежда съответната претенция.

3.1.7. При установен конфликт на интереси при завеждане и/или обработка на щета, същият трябва да бъде докладван съгласно правилата ръзписани в съответния вътрешен нормативен документ уреждащ такива случаи.

3.2. Оценяване

3.2.1. Задължителни действия, които се извършват след фактическата регистрация на щета са:

3.2.1.1. *Застрахователното събитие да е настъпило в срока на валидност на застрахователната полица, респ. специални условия отразени в добавъка към застрахователната полица;*

3.2.1.2. *Застрахователното събитие трябва да бъде покрит застрахователен риск, съгласно клаузите на конкретния застрахователен договор.*

3.2.1.3. *Застрахованият да е изпълнил всички свои задължения в сроковете, определени в Общите условия и Кодекса за застраховането.*

3.2.1.4. *Да се установи дали по време на настъпване на застрахователното събитие е имало промяна (увеличаване или намаляване) на рисковите обстоятелства, в сравнение с първоначалните условия на сключване на застрахователния договор и за които застрахованият е бил длъжен писмено да уведоми, но не го е направил.*

3.2.1.5. *Събитието следва да е настъпило на територията на Република България (съгласно ограничението на териториалния обхват на застраховката).*

3.2.2. При предявяване на претенция застрахованият трябва да представи всички необходими документи в оригинал или от издателя копие или само копие при подаване в електронна форма.

3.2.3. През фазата за оценяване на събитието се прави подробен опис на щетите на застрахования обект. Информацията, необходима да разкрива щетите на лицата, може да е специфична за всеки под - вид на тази застраховка.

3.3. Извършва се калкулиране и уточняване на разходите за обезщетение

3.4. Уточняване на обезщетението

По време на тази фаза се проверяват застрахователното покритие, здравните пакети и включените в тях рискове със съответен застрахователен лимит (подлимити) на отговорност на застрахователя за всяко

застрахователно събитие, сравнени за следните елементи:

- *разходи;*
- *специализирано съдействие и*
- *услуги*

3.5. Утвърждаване на плащането

3.5.1. Тази фаза включва съставянето на доклад за изплащане на обезщетение, който съдържа специфична информация съгласно предвиденото от съответните общи и вътрешни нормативни актове, както и неговото потвърждаване и физическо изплащане на определената сума.

Част Б. Възстановяване на направени от застрахованото лице разходи в доверено лечебно заведение, част от мрежата от доверени лечебни заведения на Застрахователя (претенция в контекста на ползването на здравни услуги на абонаментен принцип)

Съгласно общите условия на застраховката, уведомяването за настъпило събитие следва да стане пред застрахователя посредством попълнена Справка-спецификация, изпратена от лечебното заведение

Работният процес се състои от следните фази :

- *проверка и ако е нужно, корекция, на справката;*
- *потвърждаване на справката на доставчика;*
- *импортиране на съответната справка в ПП „Инсис“;*
- *автоматизирано генериране на застрахователни претенции и отделяне на съответните резерви*
- *утвърждаване на плащанията*
- *регресни права*
- *канцелиране*

4.1. Проверка и корекция на спецификацията-отчета

Застрахователят получава на месечна база в срока уговорен предварително с договор с доставчика неговия отчет по утвърден канал за обмяна на данни в едно със съответните медицински документи удостоверяващи извършените услуги и извършва координацията по уточняването му и финализирането му.

Упълномощен служител на Застрахователя с необходимата квалификация и ниво на оторизация проверява отчета по дейности на базата на предоставените придружителни медицински документи.

4.2. Потвърждаване на справката на доставчика

4.2.1. Потвърждаването на справката след проверките извършени по точката по-горе се извършва писмено на посочен от страна на доставчика електронен адрес с изрично упоменаване на крайната сума на отчета, дължима от Застрахователя.

4.2.2. След потвърждението от страна на Застрахователя, Доставчика издава надлежна фактура със сума равна сумата потвърдена в отчета.

4.2.3 При установяване на грешки във фактурата същата се връща за корекция или се прилагат действащите разпоредби на съответната нормативна база за извършване на корекции в този вид документи. .

4.3. Автоматизирано генериране на застрахователни претенции и отделяне на съответните резерви

Генерира се справка с оглед проверка и потвърждаване на съдържанието на застрахователните претенции със съответния заделен резерв.

4.4. Утвърждаване на плащанията

4.4.1. След извършването на операциите по т. 4.3. се генерира отчет за потвърждаване на

съответните претенции, като се записва изрично доставчика и номера на фактурата.

4.4.2. Извършва се масово плащане.

5. Регресни права по отношение на част А и част Б

5.1. През фазата на предявяване на регрес застрахователната компания трябва да си възстанови сумите за щетите, предизвикани от трети страни или неправомерно направени разходи, разходи в резултат на невярно предоставена информация на Доставчик или след изчерпан лимит.

5.2. Застрахователят трябва да изиска частично или пълно възстановяване на щетите от отговорното за злополуката лице или респективно от неговата застрахователна компания, както и в случаите на измама или заблуда от страна на Застрахования пред лечебно заведение, част от мрежата, от застрахования

5.3. Регресните права, предявени към описаните по-горе страни, са до размера на платеното обезщетение и направените разходи от застрахователя.

5.4. При регресни щети - след изплащане на застрахователно обезщетение се изпраща писмо – Регресна покана, до виновното лице или застрахователната компания, респективно застрахованото лице.

5.5. Прилагат се описаните в съответната процедура стъпки и правила.

6. Канселиране на претенции по отношение на част А и част Б

Тези операционни действия за канселиране се извършват през различните фази от автоматизирания процес за обработване на щети. В зависимост от фазите на работния процес, възприет от програмния продукт, могат да се извършват следните разновидности на канселирания:

- *Искане за канселиране на щетата;*
- *Канселиране на оцетения обект;*

- *Канцелиране на доклада за плащане на щета;*
- *Канцелиране на реално плащане;*
- *Канцелиране на регрес*

7. Жалби от клиенти

7.1. За всички случаи на отказ за изплащане на застрахователно обезщетение или определяне на обезщетение, различно по размер от претендираното от описаните по-горе лица, имащи право на обезщетение, Застрахователят му изпраща мотивиран отговор.

7.2. Описаните по-горе лица, имащи право на обезщетение, могат да обжалва отказа за изплащане на обезщетение или неговия размер пред Застрахователя.

7.3. Обжалването на решението на Застрахователя се осъществява от заинтересованото лице с писмена молба/възражение изпратено по електронен път или на адреса на Застрахователя. Молбата/Възражението се разглежда в Централно Управление на Застрахователя от независим орган по жалбите при прилагане на съответните вътрешни правила и процедури за това.

IV. ПРАКТИКИ И СТАНДАРТИ ЗА ЛИКВИДАЦИОННА УСЛУГА

8. Общи отговорности

Застрахователят трябва да изпълнява своевременно и ефикасно комуникационните взаимоотношения с бенефициентите, включително за обработването и обслужването на предявените искове.

9. Използване на стандарти за ликвидационна услуга

Застрахователят трябва да документира своите практики / стандарти (или всяка тяхна промяна) за ликвидационна услуга.

Основно изискване, което се препоръчва към практиките/ стандартите е те да бъдат публично достъпни.

10. Промяна на стандартите за ликвидационна услуга

Нормативната база или вътрешни правила могат да препоръчват на застрахователя да променя своите практики /стандарти за ликвидационна услуга.

11. Съдържание на стандартите за ликвидационна услуга

Стандартите за ликвидационна услуга трябва да бъдат минималните стандарти, извън изискванията на точка 15., като в същото време трябва да покриват, най-малко следните изисквания – време за отговор на застрахователя, ниво на общото обслужване от застрахователя, и формата и съдържанието на комуникирането между страните.

Застрахователят трябва да установи свои собствени най-добри практики или стандарти за ликвидационна услуга. Тези практики / стандарти трябва да покриват методите и времевата рамка, през която застрахователя (или застрахователя и неговата асистираща компания) трябва да се свържат и комуникират с бенефициентите по отношение на настъпило събитие.

12. Добри практики / Минимални стандарти за ликвидационна услуга

Практиките / Стандартите за ликвидационна услуга трябва да съдържат поне следното:

(а) Застрахователят трябва да информира бенефициентите, че задължителната предоговорна информация се изисква във връзка с оценяването на обезщетението от застрахователя;

V. ОСНОВАНИЯ ЗА ВЗЕМАНЕ НА РЕШЕНИЯ.

13. Документиране на причините

Застрахователят трябва писмено да документира и да изпрати на бенефициента причините за отказ от частично или пълно изплащане на щета, като същевременно мотивира своето решение и посочва причините

за това , както и за наличността на система за разрешаване на споровете.

14. Съгласуваност

Причините , отбелязани в точка 17 , трябва да бъдат в съответствие с общите условия на застраховката , и където е възможно да препращат към съответната информация, свързана с решението на застраховател.

15. Друга информация

Когато причините са основателно представени няма препоръка към застрахователя да разкрива информация :

(а) събирана от трети страни , която е конфиденциална или да идентифицира тези трети страни ;

(б) която не трябва да бъде разкривана според действащото законодателство ;

(в) която да е обект на правни професионални привилегии ; и

(г) която да засяга застрахователя във всякакво бъдещо проучване или във всеки спор по отношение на щетата.

VI. ПРИЕМАНЕ И ПРОМЯНА

§ 1 Първата версия на тази процедура е в сила за отчетните периоди , настъпващи след 01.07.2022 г.

§ 2. Тази процедура е разработена, съгласно изискванията на Кодекса за застраховане и Политиката за добросъвестна търговска практика за управление на застрахователни обезщетения, приета от Съвета на директорите на Застрахователя.

§ 3. Тази процедура е приета на заседание на Съвета на директорите на Застрахователя от 21.06.2022 г.