



ПРОЦЕДУРА:

Правила за уреждане на застрахователни претенции по здравна застраховка „Групама Вита“

ГРУПАМА ЗАСТРАХОВАНЕ ЕАД

Съдържание:

1. Термини и съкращения	3
2. Въведение и цел.....	4
3. Процес на обработване на застрахователни претенции	5
3.1. Възстановяване на разходи направени извън мрежата от Доверени лечебни заведения на Групама.....	5
3.1.1. Предявяване (регистрация) на застрахователна претенция.....	5
3.1.2. Оценяване на предявена застрахователна претенция	7
3.1.3. Изчисляване на обезщетението	8
3.1.4. Утвърждаване на плащането	8
3.1.5. Предоставяне на мотивиран отказ на плащането	9
3.2. Възстановяване на разходи за ползване на здравни услуги на абонаментен принцип.....	9
3.2.1. Проверка и корекция на Отчет от Доверено лечебно заведение	10
3.2.2. Потвърждаване на Отчета на Довереното лечебно заведение.....	11
3.2.3. Зареждане (импорт) на Отчета в INSIS	11
3.2.4. Автоматизирано генериране на застрахователни претенции и отделяне на съответните резерви.....	11
3.2.5. Утвърждаване на плащанията	12
4. Основания за вземане на решение	12
5. Допълнителна информация за документа	13
5.1. Свързани документи	13
5.2. Регистър на ревизиите.....	13

Какво се променя?

- Допълва се и се изменя начина на завеждане и уреждане на застрахователни претенции по електронен път.
- Направена е цялостна актуализация на документа в съответствие действащите правила за създаване и промяна на вътрешно-нормативни документи.



Целева аудитория:

Отдел Уреждане на претенции към дирекция Групови злополуки, здраве и пътуване

1. Термини и съкращения

Термин	Описание
<p>Същност и предмет на здравна застраховка „Групама Вита“</p>	<p>При заплащане на застрахователна премия Групама 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 Групама ще покрие в рамките на обхвата, категориите и лимитите, определени в застрахователната полица и Общи условия на здравна застраховка „Групама Вита“.</p>
<p>Ликвидационна услуга</p>	<p>Дейност за обезщетяване на Лица, имащи право на застрахователно обезщетение със следните етапи:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ получаване на застрахователна претенция за възстановяване на разходи (направени от Застрахованото лице) на принципа на възстановяване на разходи: <ul style="list-style-type: none"> ➤ на хартиен носител; ➤ през електронната поща; ➤ през клиентското пространство в My Groupama, предоставено на Застрахованото лице и след регистрация от негова страна. ▪ регистриране на застрахователна претенция за възстановяване на разходи направени от Застрахованото лице в Доверено лечебно заведение, на принципа на абонаментното ползване; ▪ оценка на застрахователната претенция; ▪ определяне и заделяне на резерви; ▪ изчисляване и оторизиране за плащане на застрахователната претенция.

Термин	Описание
Доверени лечебни заведения	Доверени лечебни заведения, част от мрежата на Групама са всички здравни, медицински и диагностично-консултативни центрове, болници, лаборатории, частни индивидуални или групови медицински практики и други доставчици на здравни услуги и стоки, с действащ договор с Групама за предоставяне на същите, и в които Застрахованото лице използва услугите, съгласно полицата и по начина, установен в Общите условия на здравна застраховка „Групама Вита“ и C031500.5.1. „Указания за ползване на услугите по здравна застраховка „Групама Вита“ (за крайни клиенти)“.
Застраховано лице	Лице, чието здраве и телесна цялост е предмет на застрахователния договор, съгласно полицата и по начина, установен в Общите условия за здравна застраховка „Групама Вита“.
Лица, имащи право на застрахователно обезщетение	Лицата, имащи право на застрахователно обезщетение могат да бъдат Доставчика на медицински стоки и/или услуги, Застрахованото лице и/или неговите законни наследници.
Групама	Групама Застраховане ЕАД
Отдел Уреждане на претенции	Отдел Уреждане на претенции към дирекция Групови застраховки, здраве и пътуване на Групама
INSIS	Основна информационна система на Групама

2. Въведение и цел

Настоящия документ регламентира дейността по уреждане на застрахователни претенции по здравна застраховка „Групама Вита“ и има за цел да гарантира правата на Застрахованите лица за законосъобразност, прозрачност и справедливост при уреждане на техните застрахователни претенции.

Цялостната дейност по разглеждане на застрахователни претенции по здравни застраховки „Групама Вита“ се извършва от отдел Уреждане на претенции.

3. Процес на обработване на застрахователни претенции

В зависимост от това дали разходите, свързани със застрахователни претенции са направени в мрежата от Доверени лечебни заведения на Групама или извън нея, процесът по възстановяване на разходи е различен и протича по реда описан в т. 3.1. и т. 3.2. по-долу.

3.1. Възстановяване на разходи направени извън мрежата от Доверени лечебни заведения на Групама

Процесът по уреждане на застрахователни претенции може да премине през следните етапи:

- предявяване (регистрация) на застрахователна претенция;
- оценяване на предявена застрахователна претенция;
- изчисляване на обезщетението;
- утвърждаване на плащането;
- предоставяне на мотивиран отказ на плащането.

3.1.1. Предявяване (регистрация) на застрахователна претенция

Уведомление за настъпило застрахователно събитие се прави от Застрахованото лице (или негов законен наследник), което за целта собственооръчно попълва Заявление за възстановяване на разходи по образец на Групама (C031500.5.2. „Заявление за възстановяване на разходи по здравна застраховка „Групама Вита“ (клиенти)“/C031500.5.3. „Заявление за възстановяване на разходи по здравна застраховка „Групама Вита“ (посредници)“).

За застрахователни претенции в размер до BGN 1 000.00, не се изисква представяне на документи в оригинал на хартиен носител. По застрахователни претенции за суми над BGN 1 000.00, по преценка на служител от отдел Уреждане на претенции, може да бъде изискано представяне на оригинали на документи на хартиен носител, независимо от начина на подаване на застрахователната претенция. Групама си запазва и правото да изисква, каквито и да е документи в оригинал.

Всяка предявена застрахователна претенция задължително се регистрира в Регистър на щетите, независимо от:

- наличието на всички изискуеми документи, представени по начина определен от Групама;
- настъпилото събитие, наличие на покрит или непокрит риск.

За всяка регистрирана застрахователна претенция задължително се открива досие - преписка (хартиено или електронно), което трябва да съдържа всички необходими и представени документи от Лицето, имащо право на застрахователно обезщетение.

При проучване на застрахователното събитие, Групама може да възлага на доверен лекар или вещо лице съставянето на експертно заключение за предоставени факти и доказателства.

За пълното окомплектоване на досие - преписка за конкретна застрахователна претенция, Лицето, имащо право на застрахователно обезщетение (или негов законен представител), трябва да представи на Групама следните документи (оригинали/копия или снимков материал), освен ако не е посочено друго, в зависимост от вида на настъпилото застрахователно събитие:

- Заявление за възстановяване на разходи.
- Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички необходими атрибути, съгласно действащото законодателство, в това число детайлно описание на оказаната услуга/закупените средства.
- Документ, доказващ, че сумата, описана във фактурата, е заплатена.
- Медицински документ – амбулаторен лист, друг релевантен медицински документ, съдържащ диагноза, обективно състояние, анамнеза, проведени (назначени) изследвания, терапия, а в случаите на офталмогичен преглед – описание на предходен визус, актуални лещи за корекция и ясна препоръка за нова корекция.
- При застрахователна претенция за възстановяване на разходи за изследвания – документ с поставена диагноза и назначение на съответното изследване, резултат от извършеното образно, инструментално и/или лабораторно изследване, както и разчитането на същите.
- При застрахователна претенция за възстановяване на разходи за лекарствени средства или други терапевтични средства – копие от рецептата със съответното назначение. Допуска се замяна на медикаменти, ако те са изписани с търговското си название и при условие, че е закупено сходно лекарствено средство с идентична генерична съставка.
- При застрахователна претенция за възстановяване на разходи за оптични средства – диоптрични стъкла, рамки и лещи - амбулаторен лист от медицински преглед, копие от рецептата, с която е изписана корекцията, копие от опаковката на диоптричните стъкла или лещите, а така също и отделно посочена във фактурата цена на рамката.
- При застрахователна претенция за възстановяване на разходи за болнично лечение – направление или друг документ за насочване към хоспитализация и даващ информация за медицинската необходимост от нея, епикриза от проведената хоспитализация.
- При застрахователна претенция за възстановяване на разходи за скъпоструващи консумативи при болнично лечение – копие от епикриза, от

която става видно, че е вложен консуматива, с поставени на нея стикери, фактура за закупуването на консуматива, както и документ за заплащането на същия.

- Други допълнителни документи - Групама си запазва правото да изиска от страна на Лицето, имащо право на застрахователно обезщетение (негов законен представител/наследник) допълнителни документи, необходими за доказването на основателността и размера на застрахователната претенция.

Документите, описани по-горе, може да са предоставени и през клиентското пространство на Застрахованото лице в My Groupama или през електронната поща като се:

- попълва Заявлението за възстановяване на разходи, съдържащо необходимите изискуеми реквизити – информация за Застрахованото лице, размера на претендираната сума и банковата сметка, по която да се изплати застрахователното обезщетение;
- прилагат сканирани копия на медицински и финансови документи, както и други.

След подаването на горните документите Лицето, имащо право на застрахователно обезщетение (негов законен представител), получава автоматичен e-mail с входящ номер.

3.1.2. Оценяване на предявена застрахователна претенция

След фактическата регистрация на застрахователната претенция задължително се проследява дали:

- застрахователното събитие е настъпило в срока на валидност на застрахователната полица, респективно Специални условия отразени в добавък към застрахователната полица;
- застрахователното събитие е покрит застрахователен риск, съгласно клаузите на конкретния застрахователен договор;
- Застрахованото лице е изпълнило всички свои задължения в сроковете, определени в Общите условия за здравна застраховка „Групама Вита“;
- 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 Застрахованото лице е било длъжно писмено да уведоми, но не го е направило;
- застрахователното събитие е настъпило на територията на Република България (съгласно ограничението на териториалния обхват на застраховката).

След изпълнение на гореописаните дейности се пристъпва към оценяване на събитието и се прави подробен опис на вредите за Застрахованото лице, в резултат на събитието. Информацията, необходима да разкрива вредите на Застрахованите лица, може да е специфична за всеки под-вид на здравна застраховка „Групама Вита“.

След оценката на претенцията по основание, се определя размера на обезщетение - общият размер на обезщетението се определя по експертна оценка, вписана в Регистъра на щетите, извършена на база на застрахователното покритие, здравните пакети и включените в тях рискове със съответен застрахователен лимит (под-лимита).

Горния подход при оценяването на застрахователната претенцията се прилага и за такава, заведена през клиентското пространство в My Groupama, с разликата, че получените електронни документи се присъединяват към образуваната застрахователна претенция по начин, който осигурява тяхната видимост, заедно с номера на застрахователната претенцията, за клиента в неговото пространство.

3.1.3. Изчисляване на обезщетението

За изчисление на обезщетението се представя подробен опис на вредите на Застрахованото лице и се проверяват застрахователното покритие, здравните пакети и включените в тях рискове със съответен застрахователен лимит (под-лимита) на отговорност на Групама за всяко застрахователно събитие, сравнени за следните елементи: разходи, специализирано съдействие, услуги. Друг фактор, който се взема под внимание при изчисление на обезщетението, е остатъкът от съответния лимит, намален на базата на предшестващи застрахователни събития.

Не на последно място се определя отговорността на Групама за всяко едно покритие и за всички събития в рамките на валидността на полицата, до изчерпване на застрахователната сума или лимита за отговорност.

При документи, подадени по електронен път (електронна поща или клиентски портал) като канал за комуникация и с цел окончателна оценка на застрахователната претенция с клиента се ползва електронната поща.

3.1.4. Утвърждаване на плащането

На този етап се съставя Доклад за изплащане на обезщетение, който съдържа информация, като:

- вид на плащане-предварително или окончателно;
- получател на плащането (Лице, имащо право на застрахователно обезщетение);
- начин на плащане;
- калкулирана сума на обезщетението.

Докладът за изплащане на обезщетение по определена застрахователна претенция се отпечатва от INSIS, след което се подписва от служители на Групама, със съответните права (съгласно Правила за подписване на документи от оторизирани лица).

С подписване на Доклада за изплащане на обезщетение, се утвърждава/подписва парично заплащане на сумата за обезщетение по съответната застрахователна претенция.

С утвърждаването на горния Доклад в клиентското пространство в My Groupama, статусът на застрахователната претенцията се променя, като така Застрахованото лице (негов законен представител) е уведомено за нейното приключване, с посочена конкретна дата на самото плащане (дата на плащането в INSIS).

3.1.5. Предоставяне на мотивиран отказ на плащането

Отказът за плащане по застрахователна претенция следва да е мотивиран и да включва обосновка с посочена причината за не плащането, както и сумата, която няма да се възстанови. Прилага се принципа „както е получено, така е и отговорено“, т.е. ако Заявлението за възстановяване на разходи е получено на хартиен носител и не е посочен електронен адрес, отговорът също се изготвя на хартиен носител. За останалите канали (електронна поща и клиентски портал) отговорите се изпращат по електронната поща.

Мотивираният отказ се отразява в INSIS с дата на изпращането му към Лицето имащо право на застрахователно обезщетение, с посочена причина и допълнително пояснение (където е възможно).

С отразяването на отказа в INSIS, съгласно т. 3.1.4. по-горе, в клиентското пространство (в My Groupama) статусът на застрахователната претенцията се променя, като така Застрахованото лице (неговият законен представител) е уведомено за нейното приключване с точна дата.

3.2. Възстановяване на разходи за ползване на здравни услуги на абонаментен принцип

Съгласно Общите условия за здравна застраховката „Групама Вита“, уведомяването на Групама за настъпило събитие следва да стане посредством попълнена справка-спецификация (наричана по-долу в настоящия документ накратко „Отчет“), изпратена от Доверено лечебно заведение.

Процеса по уреждане на застрахователни претенции преминава през следните етапи:

- проверка и корекция на Отчета;
- потвърждаване на Отчета от Доверено лечебно заведение;
- зареждане (импорт) на Отчета в INSIS;
- автоматизирано генериране на застрахователни претенции и отделяне на съответните резерви;
- утвърждаване на плащанията.

3.2.1. Проверка и корекция на Отчет от Доверено лечебно заведение

Групама получава на месечна база (в срока уговорен предварително с договор със съответното Доверено лечебно заведение), по електронна поща или по друг утвърден канал за обмяна на данни, Отчет за предоставените в отчетния период здравни услуги на абонаментен принцип, в едно със съответните медицински документи удостоверяващи извършените услуги.

Служител от отдел Уреждане на претенции, притежаващ необходимата квалификация и ниво на оторизация, проверява Отчета по дейности, на база на предоставените придружителни медицински документи, като извършва и допълнителна проверка за застрахователно покритие и остатъци на лимити.

При несъответствия и установени допуснати грешки в Отчета, Служителят от отдел Уреждане на претенции, извършил проверките по предходно изречение, връща Отчета (по начина, по който е получен) за корекция със съответната аргументация.

След получаване в Групама на коригиран Отчет, същият се проверява отново по описания по-горе ред, и при установени проблеми се връща повторно по гореописания начин. При необходимост процесът се повтаря до пълното отстраняване на съответните грешки.

Довереното лечебно заведение подава и следните документи:

- Спецификация (Отчет) по образец на Групама (C031500.5.4. „Спецификация (отчет) на Доверено лечебно заведение“) за предоставените през отчетния период услуги от Доверено лечебно заведение съгласно договореностите.
- Оригинали на документите, удостоверяващи предоставените услуги – амбулаторни листове, епикризи, направления, резултати от проведени изследвания и други.
- Оригинал на фактура за стойността на предоставените и описани в спецификацията услуги.

Във фаза проверка и потвърждаване на Отчета се допуска да се използват предоставените копия, респективно електронни данни за извършените от страна на Довереното лечебно заведение услуги на съответните Застраховани лица.

Групама си запазва правото да изиска от страна на отчитащото се Доверено лечебно заведение - допълнителни документи, необходими за доказването на основателността и размера на застрахователната претенция.

3.2.2. Потвърждаване на Отчета на Довереното лечебно заведение

Потвърждаването на Отчета след проверките, извършени по точките по-горе, се извършва писмено на посочен (от страна на Доверено лечебно заведение) електронен адрес с изрично упоменаване на крайната сума на Отчета, дължима от Групама. По този вид услуги не се начислява данък добавена стойност (ДДС). Приемат се фактури в оригинал на хартиен носител, както и електронни фактури, подписани с квалифициран електронен подпис (КЕП).

След потвърждението от страна на Групама, Доверено лечебно заведение издава надлежна фактура със сума равна сумата потвърдена в отчета.

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.

3.2.3. Зареждане (импорт) на Отчета в INSIS

Утвърдението по реда на т. 3.2.2. Отчет се зарежда в INSIS съгласно правилата за импорт на данни. Зареждането се извършва от служител от отдел Уреждане на претенции, със съответните права, като преминава специфични проверки и подлежи на предварително зададени контроли преди да се престъпи към автоматичното генериране на съответните застрахователни претенции.

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

След дейностите по зареждане на Отчета в INSIS по реда на т. 3.2.3., съответния файл се зарежда окончателно в INSIS, като създава записи – застрахователни претенции съответстващи на редовете в него по различните застрахователни договори.

Генерира се отчет от INSIS, с оглед проверка и потвърждаване на съдържанието на застрахователните претенции.

Не се образува индивидуално досие за съответната застрахователна претенция, освен в случаите на допълнително събиране на информация или допълнителна проверка с цел анализ. Документите, удостоверяващи истинността и размера на

застрахователната претенция, се пазят като приложение към Отчета на Довереното лечебно заведение.

3.2.5. Утвърждаване на плащанията

След извършването на операциите по т. 3.2.3. се генерира справка за потвърждаване на съответните застрахователни претенции, като се записва изрично Довереното лечебно заведение и номера на фактурата.

Извършва се масовото плащане в INSIS след подписване на същото от служителите на Групама със съответните права.

4. Основания за вземане на решение


Групама документира и изпраща на Лицата, имащи право на застрахователно обезщетение, причините за отказ от частично или пълно изплащане на обезщетение, като същевременно ги информира за своето решение и за причините за това, както и за наличността на система за разрешаване на споровете.


Основанията за вземане на решение (причините за отказ), трябва да бъдат в съответствие с нормативната уредба и Общите условия на здравна застраховка „Групама Вита“ и където е възможно да препращат към съответната информация, свързана с решението на Групама, описано в Доклада за изплащане на обезщетение. В случай че причините са основателно представени, Групама не разкрива информацията:


- събирана от трети страни, която е конфиденциална или да идентифицира тези трети страни;
- която не трябва да бъде разкривана според действащото законодателство;
- която да е обект на правни професионални привилегии;
- която да засяга Групама във всякакво бъдещо проучване или във всеки спор по отношение на застрахователната претенция.

5. Допълнителна информация за документа

5.1. Свързани документи

Вътрешно-нормативни документи:	
	Политики:
	Процедури:
	Други:
<p>Правила за подписване на документи от застраховани лица</p> <p>C031500.5.1. „Указания за ползване на услугите по здравна застраховка „Групама Вита“ (за крайни клиенти)“</p> <p>C031500.5.2. „Заявление за възстановяване на разходи по здравна застраховка „Групама Вита“ (клиенти)“</p> <p>C031500.5.3. „Заявление за възстановяване на разходи по здравна застраховка „Групама Вита“ (посредници)“</p> <p>C031500.5.4. „Спецификация (отчет) на Доверено лечебно заведение“</p>	

	Групови политики:
---	--------------------------

	Законова рамка:	Кодекс за застраховането Закон за здравето
---	------------------------	---

5.2. Регистър на ревизиите

Дата на издаване (промяна)	Ревизия №	Резюме на промените