



ПРОЦЕДУРА:

Правила за уреждане на застрахователни претенции по застраховки „Злополука и заболяване“

ГРУПАМА ЗАСТРАХОВАНЕ ЕАД, ГРУПАМА ЖИВОТОЗАСТРАХОВАНЕ ЕАД

Съдържание:

1. Термини и съкращения	3
2. Въведение и цел.....	4
3. Процес на уреждане на застрахователни претенции.....	4
3.1. Предявяване (регистриране) на застрахователна претенция.....	4
3.2. Оценяване на предявена застрахователна претенция.....	6
3.3. Изчисляване на обезщетението.....	7
3.4. Утвърждаване на плащането или предоставяне на мотивиран отказ за плащането.	7
3.4.1. Утвърждаване на плащането (в INSIS).....	7
3.4.2. Предоставяне на мотивиран отказ на плащането.....	8
4. Основания за вземане на решение и тяхното оспорване	8
5. Допълнителна информация за документа	9
5.1. Свързани документи	9
5.2. Регистър на ревизиите.....	9

Какво се променя?

Направена е цялостна актуализация на документа в съответствие действащите правила за създаване и промяна на вътрешно-нормативни документи.



Целева аудитория:

Отдел Уреждане на претенциите към дирекция Застрахователни услуги (животозастраховане) и здраве

Направление Продажби

Отдел Правно обслужване и съответствие

1. Термини и съкращения

Термин	Описание
Застраховки „Злополука и заболяване“	Предлагани от Групама индивидуални или групови застраховки Злополука и Заболяване (без здравна застраховка „Групама Вита“).
Същност и предмет на застраховки „Злополука и заболяване“	Срещу платена застрахователна премия Групама застрахова едно или повече физически лица срещу събития, свързани с живота, здравето или телесната им цялост, настъпили в резултат от Злополука и/или Заболяване.
Застраховано лице	Лице, чието здраве и телесна цялост са предмет на застрахователния договор, съгласно полицата и по начина, установен в Общите/специални условия за съответния вид застраховка.
Лица, имащи право на застрахователно плащане	Лицата, имащи право на застрахователно плащане могат да бъдат Застрахованото лице, неговите законни наследници или други лица, посочени от Застрахователя.
Групама	Групама Застраховане ЕАД/Групама Животозастраховане ЕАД
Отдел Уреждане на претенции	Отдел Уреждане на претенциите към дирекция Застрахователни услуги (животозастраховане) и здраве
Експерт Уреждане на претенции	Служител от отдел Уреждане на претенциите към дирекция Застрахователни услуги

Термин	Описание
	(животозастраховане) и здраве
INSIS	Основна информационна система на Групама

2. Въведение и цел

Настоящият документ регламентира дейността по уреждане на застрахователни претенции по застраховки „Злополука и заболяване“ и има за цел да гарантира правата на лицата, които имат право на застрахователно плащане. Цялостната дейност по разглеждане на застрахователни претенции по застраховки „Злополука и заболяване“ се извършва от отдел Уреждане на претенции.

3. Процес на уреждане на застрахователни претенции

Процесът по уреждане на застрахователни претенции преминава през следните етапи:

- предявяване и регистриране на застрахователна претенция;
- оценяване на предявена застрахователна претенция;
- изчисляване на обезщетението;
- утвърждаване на плащането или предоставяне на мотивиран отказ на плащането.

3.1. Предявяване (регистриране) на застрахователна претенция

Уведомление за настъпило застрахователно събитие се прави от Лицата, имащи право на застрахователно плащане, които за целта собственоръчно попълват **Заявление за застрахователно плащане**:

- под специфична електронна форма на страницата на Групама (клиентско пространство в My Groupama);
- по образец на Групама, депозиран на хартиен носител или чрез електронна поща.

Подаденото Заявление за застрахователно плащане трябва да съдържа всички изискуеми реквизити (информация за Застрахованото лице, банковата сметка, по която да се изплати застрахователното обезщетение, настъпил застрахователен риск) и в едно с него се прилагат сканирани копия на първоначално изискуемите документи, описани в Общите условия приложими за съответната застраховка.

Датата на предявяване на претенцията е датата, на която Групама е уведомена за нея посредством Заявление за застрахователно плащане (получено на хартиен носител, чрез електронна поща или чрез клиентско пространство в My Groupama).

Всяка предявена застрахователна претенция задължително се регистрира в Регистър на щетите (INSIS), 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 (на хартиен носител или електронно - в INSIS), което трябва да съдържа всички необходими и представени документи от Лицето, имащо право на застрахователно плащане.

За пълното окомплектоване на досие - преписка за конкретна застрахователна претенция, Лицето, имащо право на застрахователно плащане, трябва да представи на Групама документи, които се определят в зависимост от вида на настъпилото застрахователно събитие и са описани в Общите условия, приложими за съответната застраховка. При необходимост от предоставяне на различни от описаните в Общите условия документи, Групама изисква същите от Лицето, имащо право на застрахователно плащане, чрез изпращане на писмо (на хартиен носител или електронно).

Горните документи могат да се предоставят и през клиентското пространство на Застрахованото лице (в My Groupama) или през електронната поща.

Забележки:

- За застрахователните претенции не се изисква представяне на документи в оригинал на хартиен носител, но същите следва да се съхраняват до 5 (пет) години от настъпването на събитието и при поискване от страна на Групама да се предоставят в оригинал.
- Групама си запазва правото да изисква, каквито и да е документи в оригинал (по преценка на Експерт уреждане на претенции), както от Застрахованото лице/неговите законни наследници, така също и от трети страни, съгласно Кодекса за застраховане.

В срок до **15 работни дни**, считано от датата на получаване на последния поискан/предоставен документ, необходим за произнасянето по същество, Групама е длъжна да вземе решение по съответната застрахователна претенция или да изиска допълнителни документи, необходими за произнасянето по нея. Когато тези документи не се изискват от лицето завело претенцията, то същото се уведомява по надлежния ред съгласно приложимото законодателство. В случаите, когато не са представени всички доказателства по чл.106 от Кодекса за застраховането, Групама ще се произнесе не по-късно от шест месеца от датата на предявяването на претенцията.

3.2. 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;
- застрахователното събитие е покрит застрахователен риск, съгласно Общи и специални условия за съответния вид застраховка;
- 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.

След изпълнение на гореописаните дейности се пристъпва към оценяване на събитието.

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

Във всеки един момент от оценката на претенцията Групама има право да поиска представяне на всеки от документите в оригинал.

След оценката на претенцията по основателност, се определя размера на застрахователното плащане - общият размер на плащането се определя:

- по експертна оценка, вписана в Регистъра на щетите, извършена на база на застрахователното покритие и включените в него рискове със съответна застрахователна сума и приложимите подлимити (ако такива има);
- при отчитане на предшестващи застрахователни плащания (ако такива са правени).

Горният 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.

3.3. Изчисляване на обезщетението

За изчисление на обезщетението се проверяват застрахователното покритие и рисковете със съответната застрахователна сума за всяко застрахователно събитие.

Друг фактор, който се взема под внимание при изчисление на плащането, е остатъкът от съответния лимит/броя на събития, 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 клиентско пространство – My Groupama) като канал за комуникация с клиента (във връзка с оценката на застрахователната претенция) се ползва електронната поща.

3.4. Утвърждаване на плащането или предоставяне на мотивиран отказ за плащането.

3.4.1. Утвърждаване на плащането (в INSIS)

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

- вид на плащане-предварително (авансово) или окончателно (финално);
- получател на плащането (Лице, имащо право на застрахователно плащане);
- начин на плащане – съгласно приложимото законодателство – по банков път; Не се извършват друг вид плащания.
- калкулирана сума на застрахователното плащане.

Докладът за застрахователно плащане по определена застрахователна претенция се отпечатва от INSIS, след потвърждение от страна на оправомощен за това служител на Групама от отдел Уреждане на претенции, със съответните права (съгласно Правила за подписване на документи от оторизирани лица) или същото се удостоверява по надлежен начин чрез записите в INSIS. С потвърждението на Доклада за изплащане на обезщетение, се утвърждава/подписва парично заплащане на сумата за плащането по съответната застрахователна претенция. Плащането се извършва по посочената от Лице, имащо право на застрахователно плащане банкова сметка. С утвърждаването на горния Доклад в клиентското пространство в My Groupama, статусът на застрахователната претенция се променя, като така лицето, имащо право на застрахователно плащане е уведомено за нейното приключване, с посочена конкретна дата на самото плащане (дата на плащането в INSIS).

3.4.2. 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 по определения риск във връзка с настъпилото застрахователно събитие.

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 клиентско пространство в My Groupama) отговорите се изпращат по електронната поща.

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

С отразяването на отказа в INSIS в клиентското пространство (в My Groupama) статусът на застрахователната претенция се променя, като така лицето, имащо право на застрахователно плащане е уведомено за нейното приключване с точна дата и през този канал на комуникация.

4. Основания за вземане на решение и тяхното оспорване

Решението за застрахователно плащане и неговото формиране е на база на съответните приложими Общи условия и Специални условия (ако такива има), на базата на предоставената първоначално и събрана допълнително информация, като се отчитат всички предшестващи плащания, а така също и договорените лимити на отговорност по дадените покрития.

Групама документира и изпраща на Лицата, имащи право на застрахователно плащане, причините за отказ за застрахователно плащане, като същевременно ги информира за своето решение и за причините за това. Основанията за вземане на решение (причините за отказ) трябва да бъдат в съответствие с нормативната уредба и приложимите Общи и Специални условия по полицата.

Лицата подаващи застрахователни претенции могат да обжалват пред Групама отказа за изплащане на обезщетение или неговия размер. Обжалването се извършва в писмен вид, като информация за реда и начина за подаване на жалба и нейното разглеждане се съдържа в политика C010200.1. „Управление на жалби“ на Групама. Информация за нея е публикувана на официалната интернет страница на Групама <https://www.groupama.bg>.


В случай че причините за постановения отказ са основателно представени и техния източник не е страна по застрахователния договор, при спазване на правилата за защита на лични данни, Групама не разкрива информацията:

- събирана от трети страни, която е конфиденциална или идентифицира тези трети страни, както и е събрана от Групама;


- 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:
	M010202.2.1. „Правила за подписване на документи от оторизирани лица“
	C030000.5.31. „Заявление за изплащане на застрахователно обезщетение по застраховки Злополука/Заболяване“

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

	Законова рамка:
	Кодекс за застраховането Закон за здравето

5.2. Регистър на ревизиите

Дата на издаване (промяна)	Ревизия №	Резюме на промените