

ВЪТРЕШНИ ПРАВИЛА ЗА ДЕЙНОСТТА ПО УРЕЖДАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ ПРЕТЕНЦИИ ПО ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ ДОГОВОРИ

С тези правила се определят процедурите за уреждане на застрахователни претенции, предявени въз основа на сключени индивидуални и групови договори с „Групама Животозастраховане Експрес“ ЕАД (по нататък наричан Застраховател или Компанията).

Процесът на уреждане на предявена претенция по животозастрахователен договор започва в деня на предявяването ѝ и продължава до деня на пълното ѝ и окончателно уреждане от страна на Компанията.

I. РЕГИСТРИРАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕТЕНЦИЯ

- 1.1 За да предяви застрахователна претенция, Заявителят трябва да попълни Уведомление за застрахователно претенция във форма на Застрахователя включително пълни и точни данни за банковата сметка, по която да бъдат извършени плащанията от страна на Застрахователя и да използва съответната такава според конкретния застрахователен договор.
- 1.2 Всеки бенефициент използва отделна форма. В случаите, когато има повече от една претенция, за всяка претенция се попълва отделно Уведомление.
- 1.3 Уведомлението за застрахователна претенция може да бъде подадено в централния офис на Застрахователя на адрес: България, гр. София, ПК 1124, бул. “Цариградско шосе” № 47А, бл. В, ет. 3 или всеки друг офис на Компанията, като представи Уведомлението и всички останали необходими документи съгласно раздел II.
Уведомлението може да бъде подадено и към всички брокери и агенти, които имат право да получават и събират документи по застрахователни претенции от името на Застрахователя. Всички уведомления и необходими документи трябва да бъдат изпратени на Застрахователя по пощата с обратна разписка.
- 1.4 Първоначалното Уведомление за застрахователна претенция може да бъде направено по факс, телефон или е-мейл, като Заявителят е длъжен да изпрати всички оригинални документи възможно най-бързо след подаване на Уведомлението.
- 1.5 Претенцията може да бъде уредена само въз основа на всички получени оригинални документи от страна на Заявителя.
- 1.6 В случаите, когато Уведомлението е подадено в централно управление на Застрахователя, Заявителя трябва да представи личната си карта и да подпише Уведомлението за застрахователна претенция пред служител от отдел „Регулиране на застрахователни на претенции“.
- 1.7 Застрахователят приема Уведомлението за застрахователна претенция с входящ регистрационен номер, включващ датата на получаване на претенцията (това трябва да бъде същата дата, на която фактически е получено Уведомлението за застрахователна претенция).
- 1.8 Служителят от отдел „Регулиране на застрахователни претенции“ проверява дали Уведомлението е попълнено правилно и в случай на предявяване на претенция в централното управление на Застрахователя изисква попълването на липсващите данни.
- 1.9 В случай, че претенцията е била предявена по пощата, факса или е-мейла, изискването за попълване на липсваща информация ще бъде изпратено в писмен вид с изходящ регистрационен номер и с обратна разписка по пощата.

II. ДОКУМЕНТИ НЕОБХОДИМИ ЗА ОЦЕНЯВАНЕ НА ВАЛИДНОСТА И РАЗМЕРА НА ПРЕТЕНЦИЯТА

- 2.1 Подавайки Уведомление за застрахователна претенция, Заявителят е длъжен да предостави всички необходими документи съгласно изискванията на застрахователния договор или Общите Условия за всеки вид продукт. Съгласно Кодекса за Застраховането, Застрахователят регистрира датата на всяка заведена претенция, както и датата на последващо получаване на всеки документ по нея, и удостоверява всяко от тези обстоятелства поотделно или под опис пред лицето, заявило претенцията.
- 2.2 Лицето, предявяващо претенцията, е длъжно с предявяването на претенцията да предостави пълни и точни данни за банковата сметка, по която да бъдат извършени плащанията от страна на Застрахователя.

- 2.3 В случай на смърт, заедно с Уведомлението за застрахователна претенция включително пълни и точни данни за банковата сметка, по която да бъдат извършени плащанията от страна на Застрахователя, трябва да бъдат представени и следните документи на Застрахователя:
- Оригинал на застрахователната полица или Оригинал на застрахователния сертификат в случай на групови полици, с което Заявителят доказва правото си да предяви застрахователна претенция;
 - Всички добавъци към оригиналния застрахователен договор, ако има такива;
 - Препис-извлечение от акт за смърт;
 - Съобщението за смърт, попълнено от лекаря, удостоверява смъртта и посочващ причината за смъртта, което Съобщението трябва да бъде изпратено на доверения лекар на Застрахователя в запечатан плик;
 - Други документи, доказващи датата, причината/те и последствията от застрахователното събитие; за риска смърт в резултат на злополука, доказателство за злополуката като причина за смъртта;
 - Всички други документи, които Застрахователят счита за необходими, като история на заболяването, Лична амбулаторна карта (ЛАК), протокол за ПТП, медицински експертизи като химически анализ и други документи съгласно чл. 106 от Кодекса за застраховането.
 - Удостоверение за наследници, ако няма изрично посочени бенефициенти в полицата;
- 2.4 В случай на Пълна и Необратима Загуба на Автономност (ПНЗА) или Пълна Трайна Неработоспособност (ПТН), необходимите документи са:
- Уведомлението за застрахователна претенция включително пълни и точни данни за банковата сметка, по която да бъдат извършени плащанията от страна на Застрахователя.
 - Оригинал на застрахователната полица или Оригинал на застрахователния сертификат в случай на групови полици, с което Заявителят доказва правото си да предяви застрахователна претенция;
 - Всички добавъци към оригиналния застрахователен договор, ако има такива;
 - Медицински сертификат, адресиран в запечатан плик до доверения лекар на Застрахователя, използвайки форма на Застрахователя, попълнен от лекар, който осъществява лечението и който показва характера на увреждането или заболяването, последващото постоянно състояние и датата на настъпване на състоянието - решение на ТЕЛК/НЕЛК, ако има такова;
 - при риска Пълна трайна неработоспособност в резултат на злополука (ПТНЗ) и риска Пълна и Необратима Загуба на Автономност (ПНЗА) в резултат на злополука - доказателство за злополуката, която е причина за състоянието на пълната трайна неработоспособност (ПТН) или Пълната и Необратима Загуба на Автономност (ПНЗА) ;
 - при покритите рискове Пълна трайна неработоспособност (ПТН) и Пълна трайна неработоспособност в резултат на злополука (ПТНЗ), доказателство, че Застрахованият е осъществявал(а) официално регистрирана професия както на датата на подаване на заявлението за застраховане, така и на началната дата на пълната трайна неработоспособност;
 - В случай на злополука – информация относно обстоятелствата при настъпване на злополуката (място и дата на злополуката, пълно описание на злополуката); име на лекаря, извършил прегледа след злополуката и определил или извършил необходимото медицинско лечение; заключение на лекаря за естеството и степента на физическите наранявания както и евентуалните последствия от тях, но също така информация за предварително съществуващи заболявания, наранявания или състояния, от които Застрахованият е страдал преди настъпване на злополуката; съществуващи медицински документи за окончателно установени медицински състояния с цел определяне на окончателния процент неработоспособност.
 - други документи, които Застрахователят счита за необходими, в съответствие с член 106 от Кодекса за застраховането.
- 2.5 В случаите на Временна Неработоспособност, документите, изискуеми от Застрахователя са:
- Уведомлението за застрахователна претенция включително пълни и точни данни за банковата сметка, по която да бъдат извършени плащанията от страна на Застрахователя.
 - Оригинал на застрахователната полица или Оригинал на застрахователния сертификат в случай на групови полици, с което Заявителят доказва правото си да предяви застрахователна претенция;
 - Всички добавъци към оригиналния застрахователен договор, ако има такива;
 - Болнични листове;
 - Други документи, които Застрахователят счита за необходими, в съответствие с член 106 от Кодекса за застраховането;
- 2.6 В случай на доживяване на края на срока на застрахователния договор:
- Уведомлението за застрахователна претенция включително пълни и точни данни за банковата сметка, по която да бъдат извършени плащанията от страна на Застрахователя.
 - Доказателство, че Заявителят има право да претендира застрахователно плащане, ако това не става ясно от полицата (удостоверение за наследници, ако те са бенефициенти, но не са изрично упоменати в полицата);

- Лична карта на Застрахования или декларация, подписана пред нотариус от Застрахования, че е жив на крайната дата на застрахователния договор, ако Застрахованият не се яви лично да получи застрахователната сума.
- 2.7 Ако оригиналната застрахователна полица или застрахователния сертификат по групова полица липсва или е загубен, това не е причина за отказ на претенцията.
- 2.8 Ако Заявителят изиска да му бъдат върнати оригиналните документи, служителят от отдел „Регулиране на претенции“ трябва да направи копие, да удостовери това с печат „Вярно с оригинала“, да се подпише и да върне оригиналните на Заявителя.

III. СЪБИРАНЕ НА ДОКАЗАТЕЛСТВА ЗА ОЦЕНЯВАНЕ НА ВАЛИДНОСТТА И РАЗМЕРА НА ПРЕТЕНЦИЯТА

- 3.1 Служителят от отдел „Регулиране на претенции“ отваря индивидуален файл за всяка предявена застрахователна претенция и за всеки отделен бенефициент, включвайки следната информация:
 - Пореден номер на застрахователната претенция (уникален индивидуален номер) и датата на регистрация на застрахователната претенцията. Служителят дава този индивидуален номер на Заявителя, за да има референтен номер за използване в бъдещата комуникация/ кореспонденция.
 - Ако при предявяване на застрахователната претенция, не са приложени всички необходими документи, служителят, обработващ претенцията, е длъжен да изиска писмено липсващите документи от Заявителя и да го информира, че трябва да бъдат представени в най-кратък срок, както и че регулирането на претенцията е невъзможна без тях.
- 3.2 Когато ползвателят на застрахователната услуга е страна по застрахователния договор, застрахователят го уведомява за допълнителните доказателства най-късно в срок 45 дни от представянето на доказателствата, определени с договора и правилата по чл. 104, които не са били предвидени в застрахователния договор при сключването му и които са необходими за установяване на основанието и размера на неговата претенция.
- 3.3 Крайният срок за предявяване на застрахователна претенция е 5 години от възникването на застрахователното събитие
- 3.4 В случаите на ексцес, който пряко произтича от застрахователни събития, давността е петгодишна от датата на настъпването или узнаването за ексцеса, но не повече от давността по отношение на отговорното за вредите лице, когато вредите са причинени от неправомерно увреждане. Ексцес е всяко влошаване на здравословното състояние на пострадащото лице, което се намира в пряка и непосредствена причинно-следствена връзка с настъпилото застрахователно събитие.
- 3.5 Давността по вземането на увреденото лице по пряк иск срещу застрахователя, както и на застрахования и ползващото се лице спира да тече от датата на предявяване на претенцията пред застрахователя до датата на получаването на произнасянето на застрахователя по чл. 108, ал. 1 от Кодекса за Застраховането, съответно до изтичане на максималния срок за произнасяне по чл. 108, ал. 2, 3 или 5 от Кодекса за Застраховането, която от двете дати е по-ранна.
- 3.6 Всички разходи за събирането на информацията и документите с цел доказване валидността и размера на претенцията са за сметка на Заявителя.
- 3.7 Застрахователят има право на достъп до всякаква медицинска информация от съответните институции, които разполагат с такава, като болници, здравни заведения или други медицински институции, за което Застрахованият е дал съгласието си в заявлението за застраховане и при спазване на Закона за Защита на Личните Данни.
- 3.8 Съгласно Кодекса за Застраховането, за нуждите на установяване на застрахователното събитие и на вредите, причинени от него, Застрахователят има право да получи необходимата информация, съхранявана от органите на Министерството на вътрешните работи, разследващите органи, другите държавни органи, личния лекар, лечебните и здравните заведения и от лицата, които имат право да удостоверяват настъпването на обстоятелства, както и заверени преписи от документи. Когато исканата информация е част от материалите по досъдебното производство, прокурорът разрешава достъпа до нея.
- 3.9 Когато информацията по горните точки 3.7 и 3.8 представлява защитена от закона тайна, при предоставянето ѝ Застрахователят писмено и срещу подпис се разясняват задълженията му да не я разгласява, както и последиците от нейното нерегламентирано разгласяване.

- 3.10 Застрахователят не може да изисква информация и документи, които Застрахованият не може да получи поради съществуващи нормативни пречки или легални начини за придобиването им, както и такива доказателства, които нямат връзка с оценката на претенцията и целят нейното неблагоприятно забавяне.

IV. ОЦЕНЯВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНАТА ПРЕТЕНЦИЯ

- 4.1 Застрахователят изготвя основанието за оценяване на застрахователната претенция, основанията и процедурите при определяне на размера на застрахователното плащане, на базата на събраните необходими документи, определени по-горе.
- 4.2 Отдел „Регулиране на претенции“ оценява медицинските последствия в резултат на настъпилото застрахователно събитие на базата на получените медицински документи.
- 4.3 В случаите на оценяване на Пълна Трайна Неработоспособност или Пълна Трайна Загуба на Автономност, степента на неработоспособност се оценява от доверения лекар на Застрахователя. „Групама Животозастраховане Експрес“ ЕАД си запазва правото здравословното състояние на Застрахования да бъде потвърдено от всяко оторизирано лице, назначено от Застрахователя. През това време изплащането на застрахователно плащане ще бъде отсрочено до получаването на медицинския доклад от консултиращия лекар на „Групама Животозастраховане Експрес“ ЕАД. Състоянието на Пълна Трайна Неработоспособност се определя от лекар, назначен от Застрахователя, на базата на получените медицински изследвания, включително решение на ТЕЛК/НЕЛК в срок от 15 работни дни от получаването на всички необходими документи. По договорите, сключени съгласно Общи Условия по задължителна застраховка „Трудова злополука“ състоянието и процента на Пълната Трайна Неработоспособност (ПТН) в резултат на трудова злополука се определя от ТЕЛК/НЕЛК. Застрахователното плащане по риска ПТН в резултат на трудова злополука се определя като процент от застрахователната сума, равен на процента на загубената работоспособност на Застрахования, определен от съответния компетентен орган на медицинската експертиза на работоспособността.
- 4.4 В случай че уведомлението за настъпване на застрахователно събитие, довело до неработоспособност, е забавено с повече от 4 месеца и освен ако Застрахованият може да докаже, че той/тя не е могъл (могла) в този срок да предяви претенцията, Застрахователят си запазва правото, с оглед на последиците, причинени от невъзможността за удостоверяване на степента на неработоспособност, да определи началната дата на неработоспособността, към датата на деклариране (предявяване) на претенцията на Застрахователя.
- 4.5 Всяко задържане на информация или умишлено невярно деклариране от страна на Заявителя или представянето на неверни или фалшиви документи с цел да покажат дата, обстоятелство или последствия от застрахователно събитие, ще доведе до отказ за покриване на какъвто и да е риск във връзка с тази претенция.
- 4.6 По предложение на доверения лекар на Компанията, служителят в отдел „Регулиране на претенции“ може да извика Застрахования за медицински преглед. В този случай трябва да бъде изпратено уведомление за медицински преглед, в което да бъдат посочени мястото и датата на прегледа. На базата на проведените медицински преглед и съгласно застрахователните условия по съответния вид продукт, назначеният лекар предлага писмено процент на загубената работоспособност.
- 4.7 Всеки лекар, оторизиран от Застрахователя, трябва да има право на достъп до Застрахования, който се намира в състояние на неработоспособност, по всяко време на всеки работен ден - до 20 ч., на мястото, където той/тя провежда лечение, или в неговия/нейния дом, така че да бъде в състояние да провери сериозността на неговия/нейното здравословно състояние и при неосъществяването на което би могло да бъде отказано застрахователно покритие.
- 4.8 При определяне размера на плащането за неработоспособност, причинена от застрахователно събитие, освен в случаите на загуба на крайници или други човешки органи, застрахователят може да предвиди срок за стабилизиране на неработоспособността, който не може да надхвърля една година от датата на настъпване на застрахователното събитие. В този случай застрахователят определя и изплаща предварителна сума в размер, който не може да бъде по-малък от минималния безспорен размер на плащането.

V. ОПЕДЕЛЯНЕ НА РАЗМЕРА НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНОТО ПЛАЩАНЕ

Сумата на застрахователното плащане зависи от условията и процедурите, определени в застрахователния договор или Общите условия по всеки вид продукт и от вида на покрития риск.

- 5.1 В случай на застрахователно събитие застрахователната сума ще бъде изплатена, както е била уговорена в началото на застрахователното покритие. Плащането може да бъде цялата сума или част от нея. В последния случай, плащането на част от застрахователната сума е базирано на процента на определената неработоспособност от лекаря, назначен от Застрахователя или при застраховките, сключени съгласно Общи Условия по задължителна застраховка „Трудова злополука“ процента на Пълната Трайна Неработоспособност (ПТН) в резултат на трудова злополука се определя от ТЕЛК/НЕЛК.
- 5.2 Застрахователното плащане може да зависи от причината за смъртта – заболяване или злополука според застрахователния договор (може да има двойно плащане в случай на злополука).
- 5.3 Застрахователят има право да удържи всички неплатени премии от застрахователното плащане, както и всички такси или законови задължения, които Застрахователят е длъжен да удържи по закон.

VI. ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ПЛАЩАНЕ

- 6.1 Застрахователят ще вземе едно от следните решения в срок от 15 работни дни от получаването на всички необходими документи, изискани по част II или допълнително изискани от него:
 - да приеме претенцията за основателна и да изплати застрахователното обезщетение
 - да откаже изплащането на претенцията
- 6.2 Всички застрахователни плащания трябва да бъдат извършени в срок от 15 работни дни от получаването на всички необходими документи по банкова сметка на бенефициента/ите, посочена в Уведомлението за претенцията.
- 6.3 Когато не са представени всички доказателства по чл.106 от Кодекса за застраховането (част II), Застрахователят ще се произнесе по един от горните начини не по-късно от шест месеца от датата на предявяването на претенцията.
- 6.4 Застрахователят е длъжен да изпрати писмено уведомление към Заявителя по пощата с обратна разписка, посочвайки сумата на застрахователното плащане, основанието за плащане (смърт, неработоспособност и т.н), както и удържаните суми, ако има такива. Уведомлението за плащане трябва да посочва дали застрахователното плащане е цялата сума и дали с неговото извършване се прекратява застрахователното покритие.
- 6.5 Застрахователната претенция се изплаща в оригиналната валута на риска (валутата на застрахователната сума и платените премии), освен ако Застрахованият не пожелае да получи плащането в лева. В този случай, обменният курс ще бъде официалния обменен курс на Българската Национална Банка в деня на плащането.
- 6.6 Застрахователят извършва плащането на застрахователното обезщетение по първоначално предоставената банкова сметка независимо дали неговият размер е определен от застрахователя, или по съдебен ред. Промяната на банковата сметка обвързва застрахователя само след като той бъде изрично и писмено уведомен преди плащането, включително в хода на съдебен процес.
- 6.7 Ако в застрахователния договор третите ползвачи се лица (Бенефициентите) са няколко, те имат равни права, освен ако в застрахователния договор е уговорено друго. Ако трето ползващо се лице откаже да получи или не получи своята част, неговата част се добавя съответно към частта на останалите ползвачи се лица. Ако третото ползващо се лице, до изтичане на давностния срок, не потърси своята част от застрахователната сума, застрахователят я разпределя пропорционално между останалите ползвачи се лица. Ако в случаите по изречение трето в едногодишен срок от изтичане на давностния срок, ползващо се лице не получи допълнителната част, тя остава в полза на застрахователя.
- 6.8 Ако третото ползващо се лице почине преди застрахованото лице и по застрахователния договор няма определени други ползвачи се лица, при настъпване на застрахователното събитие плащането на застрахователната сума по застрахователния договор се извършва на застрахованото лице или на неговите наследници, освен ако е уговорено друго. Изречение първо се прилага и при прекратяване на юридическо лице, когато то е трето ползващо се лице. Ако към момента на настъпване на застрахователното събитие няма нито едно лице, оправомощено да получи плащането, то остава в полза на застрахователя след изтичане на погасителната давност.

- 6.9 В случаите, когато на база получените документи и информация, Застрахователят излезе с решение, че застрахователната претенция е неоснователна и поради тази причина няма да последва изплащане на застрахователно плащане, Застрахователят е длъжен да уведоми в писмен вид Заявителя. Уведомлението за отказ включва цялата информация за идентификация на претенцията (номер на застрахователната претенция, дата на настъпване на застрахователното събитие и т.н.), както и причината за отказ за изплащане на застрахователното плащане.

VII. ПРОЦЕДУРА ЗА РЕГУЛИРАНЕ НА ЖАЛБИ

7.1 Общи положения

Своевременното и ефективно управление на жалбите е основен ключов елемент на управлението на оперативния риск и управлението на отношенията с клиентите.

Всяка получена жалба трябва стриктно да бъде в съответствие с правилата и сроковете, определени в Политиката за управление на жалби.

Процедурата за управление на жалби е в съответствие с Политиката за управление на жалби на „Групама Животозастраховане Експрес“ ЕАД както и в съответствие със следните нормативни документи:

- Закон за защита на потребителите
- Кодекс за застраховането
- Насоки относно разглеждането на жалби от застрахователни предприятия на Европейския орган за застраховане и професионално пенсионно осигуряване – ЕОЗППО (ЕЮРА-BoS- 12/069)
- Доклад за добрите практики на застрахователите при разглеждането на жалби на Европейския орган за застраховане и професионално пенсионно осигуряване – ЕОЗППО (ЕЮРА-BoS-12/070)

7.2 Дефиниции:

Жалба

Жалбата е изявление на неудовлетворение, направени или устно или в писмена форма, за стандарта на обслужването, действия или липсата на действия от страна на „Групама Животозастраховане Експрес“ ЕАД или нейните служители, засягащ интересите на отделен клиент или група клиенти.

Жалбоподател

Жалбоподател е лице, за което се приема, че отговаря на условията жалбата му да бъде разгледана от „Групама Животозастраховане Експрес“ ЕАД и вече е внесло жалба, например притежател на полица, застраховано лице, бенефициент или техен адвокат.

7.3 Регистриране на жалба

Процесът на регистриране на жалбите е описан в Политиката за управление на жалби на „Групама Животозастраховане Експрес“ ЕАД и може да бъде направен по следните начини: чрез дистрибуционната мрежа, КФН или друг регулатор или директно по следния начин: телефон, факс, електронна поща, писмо или устна комуникация.

Ако не са изпратени или комуникирани директно към „Групама Животозастраховане Експрес“ ЕАД всички оригинални жалби трябва да бъдат изпратени в централния офис на Застрахователя на адрес: България, гр. София, ПК 1124, бул. „Цариградско шосе“ № 47А, бл. В, ет. 3. След подаване на устна жалба Застрахователят съветва клиентите относно процеса, който те трябва да следват и начините да подадат писмена жалба.

Жалбата трябва да бъде написана на разбираем език и да съдържа следната минимална информация: име на жалбоподателя, адрес на лицето, както и телефонен номер за връзка, причини за жалбата, име на застрахованото лице, номер на застрахователната полица (когато е приложимо), подпис на жалбоподателя и дата на подаване на жалбата (освен за устните жалби).

Регистрирането на жалбата се доказва чрез поставяне на входящ номер и дата от Регистъра на жалбите на „Групама Животозастраховане Експрес“ ЕАД.

7.3 Определяне на валидността на жалбата

Жалбата се преценява на базата на всички събрани документи, както и на базата на допълнително представени документи и/или информация.

В случай на жалба трябва да бъдат използвани доброволни средства следвайки стъпките, посочени по-долу:

- Всяка страна назначава медицински експерт, който да действа от нейно име.
- Ако жалбоподателят обжалва писмено мнението на „Групама Животозастраховане Експрес“ ЕАД, то той/тя има право да избере и назначи друг експерт за негова/нейна сметка. Писменото становище на този експерт трябва да бъде изпратено на „Групама Животозастраховане Експрес“ ЕАД.
- Ако и след това няма съгласие, може да бъде назначен трети експерт за сметка на двете страни като разходите се разделят поравно. Дватама назначени преди това експерти трябва да стигнат до общо съгласие и да излязат с решение за назначаване на трети експерт с цел да регулират жалбата.
- Докладът, издаден от третия експерт може да бъде приет или отказан от която и да е от двете страни. Той не е обвързващ и не може да предопределя каквито и да са последващи решения на съда.
- Разходите и таксите за назначаване на първите двама експерти са за сметка на страната, назначила експерта. Разходите, извършени за назначаване на третия експерт ще бъдат поделени поравно между Застрахователя и жалбоподателя.

Всички решения на Застрахователя, взети на базата на заключенията на назначения лекар, трябва да бъдат съобщение на Застрахования чрез препоръчано писмо. Жалбоподателят може да ги оспорва чрез представяне на подробно медицинско удостоверение. Всяко такова възражение трябва да бъде отправено до Застрахователя по пощата с обратна разписка.

Процедурата за решаване на жалбите трябва да бъде бърза и обективна, при което е необходимо да бъдат спазени законите изисквания, застрахователната практика, както и да бъдат спазени правата на тъжителите.

Процедурата по разглеждане на жалбите приключва с издаването на решение във формата на писмен отговор, посочващо основанията за взетото решение.

При жалба от ползвател на застрахователни услуги свързана с определения размер на обезщетението, Застрахователят е длъжен в 7-дневен срок писмено да му предостави фактическа и правна обосновка на решението си.

За всички останали случаи Застрахователят, е длъжен да регистрира, разгледа и отговори на жалбата в срок до един месец от датата на постъпването ѝ. Застрахователят, е длъжен да анализира постъпилите жалби и да предприеме мерки за отстраняване на слабости в дейността си, констатиращи въз основа на жалбите.

Независимо от това, обаче, отговорният служител трябва да положи всички необходими усилия да отговори на клиента в рамките на 5 работни дни.

В случай, че са необходими повече от 30 дни за окончателното третиране на жалбата, отговорникът Нормативно съответствие изпраща информативно писмо до клиента за напредъка в обработване на жалбата му. Жалбоподателят ще бъде уведомен за причините за забавянето и информиран кога най-вероятно проверката ще бъде приключена.

Всички решения на „Групама Животозастраховане Експрес“ ЕАД по отношение на жалбите се съобщават на съответния жалбоподател с препоръчано писмо, подписано от Изпълнителния Директор или друг упълномощен служител, освен ако клиентът не е поискал изрично да получи отговор по електронна поща или по факс.

Отговорът трябва да бъде написан на разбираем език и да съдържа законите основания за решението, както и законите права на жалбоподателя, ако той/тя не са съгласни с решението. Информацията за правата на клиента при решаването на жалбата трябва да включва и възможностите за извънсъдебно решение на случая, което може да включва и посредничество на трета независима страна като експерт.

При предоставяне на окончателно решение, което не удовлетворява напълно молбата на жалбоподателя, то съдържа не само подробно обяснение на позицията на „Групама Животозастраховане Експрес“ ЕАД по жалбата, но и посочва на жалбоподателя възможността да продължи защитата на интересите си, предмет на жалбата, например наличието на механизъм за алтернативно разрешаване на спорове (АРС), национални компетентни органи и т.н.

Ако страните не постигнат споразумение, ще бъдат използвани съдебни средства за решаване на спора.

VIII. КОНФИДЕНЦИАЛНОСТ

- 8.1 Данните в заявлението за застрахователна претенция, както и приложените медицински документи ще бъдат обработвани при спазване на стриктна конфиденциалност. Служителят от отдел „Регулиране на претенции“, който обработва случая, както и всички останали служители, които имат достъп до тази информация, спазват правилата за конфиденциалност и вътрешните процедури на Компанията с цел предотвратяване на използването на тази информация от неоторизирани лица, както по време на регулиране на претенцията, така и след нейното приключване. Лицата, които имат достъп до документите по претенцията, са Притежателя на полицата, Застрахования, Ползващото се лице, законните наследници на Притежателя на полицата/ Застрахования или друго законно упълномощено лице или лице, имащо право на достъп до информацията по закон.
- 8.2 Информацията може да бъде предоставена на лицата, които имат законно право на достъп до нея само на основата на писмено искане и представяне на документ, доказващ тяхното законно право да имат достъп до нея.
- 8.3 Служителят има право да предоставя оригиналните документи на компетентни правителствени организации, в случаите когато оригиналните документи са необходими за провеждане на разследване. В тези случаи, отдел „Регулиране на претенции“ предава всички оригинални документи и прави фотокопия, които остават в Компанията. Заедно с фотокопията, трябва да бъде направен отчет, в който се описва местоположението на оригиналните документи. Предаването на документите се извършва с писмен протокол, подписан от двете страни. Всички документи, които са копия и които отдел „Регулиране на претенции“ използва в процеса на регулиране на претенциите, трябва да бъдат подпечатани и подписани „Вярно с оригинала“.

IX. ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

Тези правила са приети съгласно чл.104, ал.1 от Кодекса за застраховането.

Тези правила са приети от Съвета на Директорите на „Групама Животозастраховане Експрес“ ЕАД с решение, отразено в протокол № 05 от 02.10.2008 год, изменени с решение на Съвета на Директорите отразено в протокол № 06 от 04.12.2008 год., изменени с решение на Съвета на Директорите, отразено в протокол № 35 от 31.05.2013 година и изменени с решение на Съвета на Директорите в протокол № 53 от 29.01.2016 година.