ВЪТРЕШНИ ПРАВИЛА НА
„ЕВРОПЕЙСКА ЗАСТРАХОВАТЕЛНА КОМПАНИЯ“ АКЦИОНЕРНО ДРУЖЕСТВО, ЗА ДЕЙНОСТТА ПО УРЕЖДАНЕ НА ПРЕТЕНЦИИ ПО ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ ДОГОВОРИ (ЗАСТРАХОВКА „ЗАБОЛЯВАНЕ“)

гр. София, 2016 г.

I. ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

Чл.1. Вътрешните правила за дейността по уреждане на претенции (наричани по-долу „Правилата“) регламентират процедурите, по които „Европейска застрахователна компания“ акционерно дружество (наричано по-долу за краткост „Застраховател”) приема претенциите за извършване на застрахователни плащания по сключени застрахователни договори, събира доказателствата за установяване на техните основания и размер, определя размерите на застрахователните плащания, извършва застрахователните плащания и разглежда жалби, подадени от клиентите, във връзка с предявени претенции.

Чл. 2. Правилата се прилагат в съответствие със закона и приетите и приложими от Застрахователя Общи условия и имат за цел гарантиране правата на потребителите на застрахователни услуги за бързо, прозрачно и справедливо уреждане на техните претенции.

II. ПРИЕМАНЕ И РЕГИСТРИНАНЕ НА ПРЕТЕНЦИИ ПО ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ ДОГОВОРИ

Чл. 3. (1) При настъпване на застрахователно събитие, потребителят на застрахователни услуги (наричан по-долу за краткост Застрахования) уведомява писмено Застрахователя за събитието в срок до 90 (деветдесет) дни от неговото настъпване, чрез попълване и изпращане на Заявление за възстановяване на разходи, по образец на Застрахователя, представляващото неразделна част от Правилата.

(2) Застрахователят поставя входящ номер и дата на получаване върху всяко постъпило Заявление за възстановяване на разходи, с което удостоверява регистрацията му и я завежда в информационната система, освен в случаите, в които е подадено по пощата.

(3) Към Заявлението за възстановяване на разходи, Застрахованият представя следните документи:
1. за медицински прегледи: амбулаторен лист (по образец на Националната здравноосигурителна каса/НЗОК), фактура и фискален бон;

2. за медицински изследвания: амбулаторен лист по образец на НЗОК, искане за изследване, резултат от проведеното изследване, фактура с отделно описани позиции и фискален бон;

3. за болнично лечение:епикриза, фактура и фискален бон;

4. за санаториално лечение: епикриза от болнично заведение в което ясно да е отбелязано, че пациента се насочва за санаториално лечение като непосредствено продължение на болничното лечение при решаването на съответния здравен проблем, епикриза от санаториума и картон с проведените физиотерапевтични процедури, фактура и фискален бон;

5. за допълнителни услуги при предоставяне на медицинска помощ: медицински документ, удостоверяващ необходимостта от услугата, издаден от лекуващия лекар, фактура и фискален бон;.

6. за лекарства и помощни средства: рецепта и епикриза или документ за извършен медицински преглед, издаден от изпълнител на медицинска помощ, където да фигурират изписаните на рецептата медицински стоки или помощни средства, фактура и фискален бон, с отделно описани позиции и цени;

7. за дентални услуги: амбулаторен лист по образец на НЗОК или по образец на Застрахователя (представляващ неразделна част от правилата), с описани поотделно манипулации, фактура с описани отделно позиции, фискален бон.

8. други медицински документи, удостоверяващи датата, причината и обстоятелствата, при които е настъпило застрахователното събитие, или свидетелстващи за направените медицински разноски.

9**.** Заявленията за възстановяване на разходи трябва да съдържат точно изброени и приложени фактури, притежаващи следните реквизити: име на пациента; отпечатан номер на фактурата; името, практиката и печат на практикуващия медицински специалист или лечебното заведение; описание на предоставените услуги поотделно по вид и цена, при повече от една.

Чл. 4. След приемането на Заявлението за възстановяване на разходи и приложените към него документи, служителят на Застрахователя образува ликвидационна преписка като я завежда в електронен регистър на щетите, автоматично генериращ пореден номер и дата.

III. ПРАВИЛА ПРИ ЗАВЕЖДАНЕ НА ПРЕТЕНЦИИ ОТ ИЗПЪЛНИТЕЛИ НА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

Чл.5. В случаите, когато съгласно застрахователния договор при финансовото обезпечаване на здравни стоки и услуги, Застрахователят се задължава да предоставя на Застрахования съответните здравни стоки и услуги чрез изпълнители на медицинска помощ, застрахователното обезщетение се изплаща на съответния изпълнител на получените от Застрахования здравни стоки и услуги, съобразно представените доказателства за установяване на застрахователното събитие и на основанието и размера на претенцията. Застрахованият няма парични взаимоотношения с изпълнителите на медицинска помощ.
Чл.6. Изпълнителите на медицинска помощ представят Електронна спецификация по образец, съдържаща подробни сведения за извършените медицински услуги, придружена от медицински и финансови документи в оригинал. Приемането на Спецификацията се удостоверява с входирането и в информационната системата.
Чл.7. Въз основа на Спецификацията и приложените към нея документи, длъжностно лице на Застрахователя образува ликвидационна преписка като я завежда в електронен регистър на щетите, автоматично генериращ пореден номер и дата.

IV. РАЗГЛЕЖДАНЕ НА ЛИКВИДАЦИОННАТА ПРЕПИСКА

Чл. 8. Служителят на Застрахователя проверява изпълнени ли са следните изисквания:
1. застрахованият да притежава валидна застрахователна полица;

2. застрахователната премия, в случай че полицата е издадена на разсрочено плащане, да е платена в установените срокове и размер;
3. застрахователното събитие да е настъпило през периода на действие и в териториалния обхват на полицата;
4. предявеното събитие да е сред покритите, съгласно сключения застрахователен договор, застрахователни рискове.
Чл. 9. Тежестта за доказване на претенцията по основание и размер лежи върху Застрахования.
Чл. 10. (1) Към всяка ликвидационна преписка се прилага Опис на документи по щета, в който се посочва всеки документ, приобщен към нея, датата на представянето му, подпис на потребителя на застрахователни услуги и подпис на служителя на застрахователя, приел документа.
(2) При представяне на нередовни документи - непопълнени или неправилно попълнени, както и такива с извършени върху тях поправки, в претенцията се оставя копие от съответния документ, който се връща на Застрахования или неговия представител за нанасяне на необходимите корекции и заверки.
(3) На всеки новопостъпил документ се поставя входящ номер.
(4) В случай, че доказателството е постъпило по пощата или по електронен път, в графа „Забележки" на Описа се прави отбелязване за начина на постъпване на документа и се посочва неговия входящ номер.
(5) Застрахователят може да изиска допълнителни доказателства най-късно в срок **45 дни** от представянето на доказателствата, определени с договора и настоящите правилата, които не са били предвидени в застрахователния договор при сключването му и които са необходими за установяване на основанието и размера на претенцията.
(6) Застрахователят не може да изисква доказателства, с които Застрахованият не може да се снабди поради съществуващи нормативни пречки или поради липсата на правна възможност за осигуряването им.
(7) В случаите, когато се изисква представянето на оригинални документи, Застрахователят не може да откаже приемането на преписи на документите, заверени по установения от закона ред, както и копия на документи, заверени от Застрахования след направено сверяване с оригинала от представител на Застрахователя, освен в случаите, когато нормативен акт изрично предвижда предоставянето на документ в оригинал.
(8) За нуждите на установяване на застрахователното събитие и на вредите, причинени от него, Застрахователят разполага, съгласно разпоредбата на **чл. 107** от Кодекса за застраховане, с възможност да получи необходимата информация от държавни органи и трети лица.
Чл. 11. Размерът на застрахователното обезщетение се определя съгласно Общите условия и застрахователния договор, и въз основа на събраните документи в хода на ликвидационнато производство.
(1) Размерът на застрахователното плащане по договор за застраховка „Заболяване" се определя въз основа на избрания от потребителя на застрахователни услуги пакет от покрити рискове и вида и обема на предлаганите в него здравни услуги и стоки.
Чл. 12. При определяне на размера на определеното застрахователно обезщетение, се спазват допълнително следните правила:
(1) Застрахователят удържа вземанията си по застрахователния договор към Застрахования или към ползващите лица;
(2) Приспада се самоучастието на Застрахования, ако такова е предвидено със застрахователния договор;
Чл. 13. Окончателното решение по претенцията се оформя в Рапорт.

V. ПРОИЗНАСЯНЕ ПО ЗАСТРАХОВАТЕЛНАТА ПРЕТЕНЦИЯ

Чл. 14. В срок **от 15 работни дни** от датата на представяне на всички изискани документи, Застрахователят се произнася по претенцията като определя и изплаща размера на обезщетението или застрахователната сума или мотивирано отказва плащането.
Чл. 15. Изплащането на суми се извършва от Застрахователя чрез банков превод.
Чл. 16. Уведомяването на застрахованите за отказа да бъдат възстановени направените от тях разходи за здравни стоки и услуги по договор за здравна застраховка се осъществява чрез проверка на статуса (движението) на претенциите в информационна система на Застрахователя. Справката е достъпна на интернет страницата на Застрахователя (вход за застраховани лица с ЕГН и застрахователен номер) и дава подробна информация за заявената претенция, в това число и за основанията за отказ и датата, на която същият е постановен.

VI. ОТКАЗ ЗА ПЛАЩАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ОБЕЗЩЕТЕНИЕ

Чл. 17. Застрахователят може да откаже плащане на обезщетение само:

1. при умишлено причиняване на застрахователно събитие от застрахования или от трето ползващо лице;
2. при неизпълнение на задължение по застрахователния договор, което е значително с оглед интереса на застрахователя и е било предвидено в закон или в застрахователния договор;
3. в други случаи, предвидени със закон.

VII. РАЗГЛЕЖДАНЕ НА ЖАЛБИ, ПОДАДЕНИ ОТ КЛИЕНТИ

Чл. 18. При несъгласие с решението на Застрахователя по повод на предявена пред същия застрахователна претенция, Застрахованият има право да подаде жалба до него.
Чл. 19. Жалбите се завеждат във входящия регистър на дружеството.
Чл. 20. В жалбата задължително се посочват:
1. три имена, постоянен адрес и електронна поща на жалбоподателя (съответно фирмено наименование, седалище, адрес на управление, електронна поща и представляващ при юридическите лица), на която ще се изпраща кореспонденцията във връзка с подадената жалба;
2. пълномощно, в случаите когато се подава чрез пълномощник;
3. номер на завеждане на щетата и/или входящ номер на Искането;
4. първоначалното решение на Застрахователя по заявената претенция;
5. възраженията и тяхното основание;
6. искането;
7. подпис на подателя.
Чл. 21. Анонимни жалби не се разглеждат.
Чл.22. (1) В случай, че жалбата не съдържа някой от посочените в чл.20 реквизити, на жалбоподателя се предоставя 7 – дневен срок да отстрани нередовностите. В случай, че в указания срок това не бъде извършено, Застрахователят се освобождава от задължението да се произнесе по подадената жалба.

(2) При разглеждане на подадената жалба Застрахователят събира и проучва всички доказателства, относими към съдържащите се в нея основания.
(3) По искане на Жалбоподателя, Застрахователят представя писмена информация за развитието на производството по разглеждане на жалбата и етапа, в който се намира то.
Чл.23. (1) Получената жалба се разглежда от Застрахователя в 30 (тридесет) дневен срок от получаването ѝ, а при жалби отнасящи се до размера на застрахователното обезщетение, този срок е 7 /седем/ дни.
(2) В случай, че разглеждането на жалбата изисква повече от определеното в настоящите правила време, Застрахователят писмено уведомява Жалбоподателя за това, като посочва причините довели до забавянето и очакваната дата за приключване на проверката по жалбата, като срокът не може да бъде дълъг от 60 (шестдесет) дни.
(3) Решението на Застрахователя и мотивите към него се съобщават на Жалбоподателя с писмо на посочен от него адрес и на електронната му поща. В него Застрахователят информира Жалбоподателя за възможността, в случай че счита, че са нарушени негови права или законни интереси, да потърси правата си по съдебен ред пред компетентния български съд по реда на действащата и относима към случая нормативна уредба.
Чл. 24. В срок до 31 март застрахователното дружество представя в Комисията за финансов надзор информация, относно броя на постъпилите жалби за предходната година, вида на същите и етапа на разглеждането им.
Чл.25. (1) Разглеждането на жалбите се осъществява като се избягват конфликти на интереси и се спазват принципите на обективност и справедливост.
(2) Съветът на директорите на „ЕЗК" АД съблюдава за спазване на реда за разглеждане на жалбите и извършва периодичен анализ на информацията, свързана с причините за тяхното подаване.
(3) Настоящите Правила се предоставят на служителите на Застрахователя и същите попълват декларация за запознаването си с реда за разглеждане на жалбите.

ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

§Единствен. Настоящите Правила са приети на заседание на Съвета на директорите на „ЕЗК" АД, проведено на 15.07.2013 г., изменени и допълнени. с решение на Съвета на директорите, отразено в Протокол от 01.10.2013 г. и влизат в сила от датата, на която Комисията за финансов надзор издава в съответствие с § 29, ал. 1 от ПЗР на ЗИД ЗЗО лиценз на „ЕЗК" АД за извършване на застраховане по т. 1 и т. 2 от раздел II, буква „А" на Приложение 1 към Кодекса за застраховане, изменени и допълнени с решене на Съвета на директорите, отразено в Протокол от 09.05.2016 г