

ВЪТРЕШНИ ПРАВИЛА
ЗА ДЕЙНОСТТА ПО УРЕЖДАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ ПРЕТЕНЦИИ
ПО ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ ДОГОВОРИ
НА „ТОКУДА ЗДРАВНО ЗАСТРАХОВАНЕ” ЕАД

I. Основни положения

1. Настоящите Вътрешни правила за дейността по уреждане на претенции по застрахователни договори по чл. 104 от КЗ са приети от Съвета на директорите на „Токуда Здравно застраховане” ЕАД.
2. Вътрешните правила уреждат процедурите, по които застрахователят приема претенциите по застрахователните договори, събира доказателства, определя размера на обезщетението, извършва разплащанията с потребителите и разглежда жалби, подадени от тях.
3. „Токуда здравно застраховане” ЕАД извършва плащания за ползвани от застрахованите лица здравни услуги и стоки на основание на Общите условия и условията на застрахователния договор.
4. „Токуда здравно застраховане” ЕАД извършва плащания на юридически лица, лечебни заведения / регистрирани съгласно ЗЛЗ/, които са предоставили здравни услуги и стоки на основание на договор със Застрахователя.
5. „Токуда здравно застраховане” ЕАД извършва плащания на физически лица, Застраховани /Застраховащ, когато това е изрично описано в договора за застраховане/.

II. Предявяване, приемане и регистриране на претенции и необходими документи

1. Претенциите се подават в срокове:
 - 1.1. От лечебни заведения – до 5то число на месеца, следващ на отчетния.
 - 1.2. Уведомяване при настъпване на застрахователно събитие от физически лица – до 7 дни от узнаването на застрахователното събитие. Застрахованият уведомява лично или чрез пълномощник Застрахователя.
 - 1.3. Предявяване на застрахователна претенция – до 15 дни от ползването на медицинската услуга/закупуване на стока.
2. Предявяване на претенции по застрахователни договори от лечебни заведения, изпълнители на медицинска помощ.

- 2.1. Претенциите за плащания на здравни услуги от изпълнители на медицинска помощ се подават въз основа на отчет – Спецификация от лечебното заведение /Приложение №1/.
- 2.2. Към спецификацията лечебното заведение предоставя обобщена фактура.
- 2.3. Извършените здравни услуги, съгласно предоставените фактура и спецификацията се доказват с представянето на съответната медицинска документация – амб. листове, резултати от изследвания, бланки, епикризи, профилактични карти и др.
- 2.4. Лечебните заведения предявяват претенции за заплащане на здравни стоки и услуги съгласно договорен със Застрахователя ценоразпис.

3. Предявяване на претенции по застрахователни договори от физически лица – застрахован или застраховащ, в случаите на възстановяване на разходи.

3.1. Застрахованият отправя претенция към Застрахователя за възстановяване на разходите за ползвани здравни услуги и/или стоки най-късно в срок до 15 дни, считано от датата на ползване на здравните услуги и/или закупуване на здравните стоки.

3.2. Претенцията се предявява в писмена форма, чрез попълнен формуляр. /Приложение №2 - Заявление/

4. Регистриране на претенции

4.1. Претенциите от физически лица се подават лично или чрез упълномощено лице в офисите на Застрахователя, изпращат се по поща или куриер на адреса на Централното управление на Застрахователя или на адреси, посочени в договора.

4.2. Претенциите се регистрират в Деловодството на Застрахователя от офис асистент.

4.3. Получените претенции се регистрират с уникален номер в информационната система на Застрахователя в регистър „Претенции“, съдържащ името на заявителя и размера на претенцията. След регистрацията офис асистентът предоставя претенцията с придружаващите я документи на Ръководител „Ликвидация на щети“, който ги разпределя между експертите в отдела..

4.4. Застрахования има право да получи уникалния номер, под който е регистрирана претенцията. По номера Застрахованият има право да прави справки и запитвания до Застрахователя за движението и разглеждането на неговата претенция.

4.5. Застрахователят няма право да откаже регистране на претенция.

5. Необходими документи, приложени към заявлението.

5.1. Към претенцията по т.3. Застрахованият прилага заверени копия на следните медицински документи:

5.1.1. При претенция за възстановяване на разходи за здравни стоки – лекарства, помощни средства или медицински изделия: амбулаторен лист или епикриза от изпълнител на медицинска помощ с поставена диагноза и изписана терапия, рецептурна бланка с отразена терапия, фактура, издадена на името на лицето ползвало услугата и фискален бон;

5.1.2. При претенция за възстановяване на разходи за медицински прегледи: амбулаторен лист от изпълнител на медицинска помощ с подробно описани анамнеза и статус, поставена диагноза, фактура, издадена на името на лицето ползвало услугата и фискален бон;

5.1.3. При претенция за възстановяване на разходи за медицински изследвания: амбулаторен лист с поставена диагноза и отразено назначено изследване, резултат от проведеното изследване, фактура, издадена на името на лицето, ползвало услугата и фискален бон;

5.1.4. При претенция за възстановяване на разходи за болнично лечение: епикриза, фактура с фискален бон, издадена на името на лицето, ползвало услугата;

5.1.5. При претенция за възстановяване на разходи за дентални услуги: амбулаторен лист с описание на извършените дентални услуги, фактура, издадена на името на лицето, ползвало услугата и фискален бон;

5.1.6. При претенция за възстановяване на разходи за диоптрични стъкла за очила или лещи за корекция на зрението: амбулаторен лист, с поставена от лекар специалист в лечебно заведение диагноза и отразена корекция на зрението, рецепта за диоптрични стъкла за очила или лещи за корекция на зрението, опаковки и гаранционна карта на стъклката или лещите, фактура, издадена на името на лицето, ползвало услугата и фискален бон.

5.1.7. Медицинските документи да съдържат подпис и печат на лекуващия лекар или лечебното заведение.

5.1.8. Рецептата трябва да бъде издадена на датата на прегледа и от лекаря, който го е извършил.

5.1.9. Амбулаторният лист приложен към претенция за възстановяване на разходи за диоптрични стъкла или лещи, следва да бъде издаден от лекар от лечебно заведение за извънболнична помощ

5.2. Необходимите финансови документи следва да са заверени копия и да отговарят на следните изисквания:

5.2.1. Финансовите документи да отговарят на изискванията на българското законодателство – ЗДДС и други подзаконовни нормативни актове.

5.2.2.. Издаването на фактурата и фискалния бон не трябва да предхожда извършването на прегледа и издаването на рецептата.

5.3. В случай, че Застрахованият не представи всички посочени и изискуеми документи към претенцията, или/и някой от представените документи не отговарят на нормативните изисквания, или са непълни и не дават на Застрахователя достатъчно данни за вземане на решение по претенцията, Застрахователят, в срок от 15 работни дни от получаването на претенцията, писмено известява Застрахования и го поканва да представи непредставените документи или да отстрани непълнотите или неточностите във вече представените такива, за което му предоставя допълнителен 15-дневен срок. Срокът започва да тече, считано от датата на получаване на писменото известие.

III. Оценка на причинените вреди и определяне на размерите на обезщетенията.

Експертите в отдел „Ликвидация на щети“ разглеждат претенцията и приложените документи за пълнота, достатъчност и основание и въвеждат ползваните от заявителя медицински услуги по стойности в Информационната система на дружеството. Всички искиове за предоставените услуги от ЛЗ договорни партньори се въвеждат в информационната система автоматично чрез импорт на данните получени по електронен път или ръчно от експерт.

1. Основанието на претенциите се определя въз основа на медицински и финансови документи и съгласно Общи условия и условията на застрахователния договор.
2. Обезщетението се определя при спазване на следните принципи:
 - 2.1. Застрахователния договор е в сила към датата на ползване на здравна услуга и/или закупуването на здравна стока.
 - 2.2. Съответната здравна услуга или стока е покрита по условията на застрахователния договор.
 - 2.3. Няма нарушение по задълженията към договора от страна на Застрахования/Застраховация.
 - 2.4. Здравните услуги и стоки са регистрирани в официален медицински документ.
 - 2.5. Застрахования разполага с необходимия за това застрахователен лимит, определен в договора за застраховане.
 - 2.6. Изпълнени са условията по т.П.1.
3. Максималния размер на обезщетението е до размера на предявената за изплащане претенция и съгласно принципите описани в т.2, удостоверено с приложените финансови и медицински документи.

4. Получените претенции се разглеждат от застрахователно-медицинска комисия /ЗМК/.
5. Застрахователно-медицинската комисия е в състав от 3-ма членове: експерт „Ликвидация на щети”, директор „Ликвидация на щети” и счетоводител.
6. Решението на комисията се оформя с Доклад за изплащане на суми. Доклада се комплектова със Заявлението и останалите документи, предоставени от Застрахования, и така оформената преписка се предоставя на Изпълнителния директор за решение за изплащане на застрахователно обезщетение.

IV. Изплащане на застрахователни суми и обезщетения

Подписаните доклади от експерт и Ръководител на „Ликвидация на щети“ се предоставят с приемо предавателен протокол на отдел „Счетоводство“ за подпис от Главния счетоводител, който е член на ЗМК. След, като доклада е подписан от всички членове на ЗМК се предоставя за подпис на Изпълнителен директор и директор.

В случай на основателност на застрахователната претенция, се изплаща застрахователно обезщетение, като на база на подписан доклад Счетоводството изготвя платежно нареждане.

1. Застрахователните обезщетения се изплащат в срок от 15 дни от представяне на всички необходими документи.
2. Плащането на застрахователното обезщетение се извършва чрез банков превод по посочена от застрахования банкова сметка, като отговорността за правилното посочване на данните е на получателя на превода.
3. След извършване на плащането същото се отразява в счетоводната праграма – ГамаКонт.
4. Преписките се съхраняват в деловодството на Застрахователя.

V. Отказ за изплащане на застрахователно обезщетение

1. Предложение от ЗМК, чрез доклад за Пълен или частичен отказ за изплащане на обезщетение се прави при наличие на едно или повече от следните обстоятелства:

1.1. Застрахователния договор не е бил в сила към датата на ползване на здравната услуга или стока.

1.2. Съответната здравна услуга или стока не е покрита по условията на застрахователния договор.

1.3. Налице е нарушение на задължения по договора от страна на Застрахования/Застраховация.

1.4. Ползващото лице не е предоставило всички необходими документи, доказващи основанието за плащане и които са били изискани от застрахователя.

1.5. Застрахования е предоставил документи с невярно съдържание, поправени, подправени или фалшиви документи, или по друг начин са се опитали да заблудят или измамят застрахователя.

1.6. Застрахованият възпрепятства застрахователя да получи информация за здравословното състояние на застрахования или проведеното лечение от лекуващите го лекари, болнични заведения или от работодател, необходими за изясняване на основанието и размера на претенцията.

1.7. В случай, че даден разход е покрит от задължителното осигуряване, застрахователят не изплаща суми за него за частта от разхода, която се покрива от задължителното осигуряване.

2. При отказ за изплащане на застрахователно обезщетение или част от него, застрахователя уведомява застрахования писмено, като излага мотивите за взетото решение в срок, не по-късно от 15 дни от предоставяне на всички необходими документи. Писменият отказ се адресира до застрахованото лице на посочения в договора адрес на Застраховация.

3. При отказ за изплащане на медицински услуги предоставени от ЛЗ се генерира автоматично от системата протокол за първичен контрол, придружен с мотивация за отказа изготвена от експерт, верифициарн от ръководител отдел.

VI. Подаване, завеждане и разглеждане на жалби

1. Жалби от физически лица се подават лично или чрез упълномощено лице в офисите на Застрахователя, изпращат се по поща или куриер на адреса на Централното управление на Застрахователя или на адреси, посочени в договора.
2. Застрахователя поддържа регистър на постъпилите жалби.
3. Получените жалби се регистрират с в деловодството на Застрахователя от офис асистент.
4. Застрахования има право да получи номера, под който е регистрирана жалбата.
5. Застрахователят няма право да откаже регистране на жалба.

6. Към жалбата могат да се приложат писмени доказателства, които не са били представени на Застрахователя по преписката и са относими към застрахователното събитие, причините за настъпването му, основанието и размера на застрахователната сума или обезщетение. В жалбата задължително се посочват:

6.1. трите имена и адрес на жалбоподателя (съответно фирмено наименование, седалище, адрес на управление и представляващ при юридическите лица), на който ще се изпраща кореспонденцията във връзка с подадената жалба;

6.2. пълномощно, в случаите когато се подава чрез пълномощник;

6.3. номер на завеждане на претенцията (съгласно заявлението за нея);

6.4. първоначалното решение на Застрахователя относно претенцията;

6.5. възраженията и тяхното основание;

6.6. подпис на подателя.

7. При разглеждането на жалби, се произнася комисия в състав: изпълнителен директор, ръководител отдел „Ликвидация на щети”, ръководител отдел „Застрахователни услуги и дейности”, юриконсулт, ръководител отдел „Финансово-стопански” на Застрахователя чрез окончателно решение. Застрахователят може:

7.1. да отхвърли жалбата като неоснователна;

7.2. да уважи жалбата, като постанови пълно или частично изплащане на претендираната застрахователна сума или обезщетение .

8. За решението на Застрахователя и мотивите към него, жалбоподателя се информира в 30 дневен срок от подаването на жалбата с писмо на посочения в договора адрес на Застрахователя.

9. Решението, с което се уважава жалбата и се постановява изплащане на застрахователната сума или обезщетение подлежи на изпълнение.

10. В случай, че при преговорите между страните и при последвалото обжалване от страна на застрахованото или ползващото се лице, не бъде постигнато разрешаване на спора, лицето има право на иск по съдебен ред по седалището на Застрахователя, съгласно разпоредбите на Гражданския процесуален кодекс.

Настоящите правила си приети на основание чл.104 от КЗ от Съвета на директорите на дружеството на 15.07.2013 г. и след получаването на лиценз ще бъдат обявени на Интернет страницата.