
ВЪТРЕШНИ ПРАВИЛА ЗА ДЕЙНОСТТА ПО УРЕЖДАНЕ НА ПРЕТЕНЦИИ ПО ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ ДОГОВОРИ

1. Уведомление за настъпило застрахователно събитие

МетЛайф Юрп д.а.к.– клон България (наричано за по-кратко Застрахователя) приема уведомления за настъпило застрахователно събитие в Централния си офис на адрес: гр. София, бул. „България“ № 51Б. Уведомлението се подава на Формуляр 1: Уведомление за щета, одобрен от Застрахователя. Екземпляри на Уведомлението могат да бъдат получени в Централния офис на Застрахователя, от съответната агенция, обслужваща полицата или от интернет сайта на Застрахователя. Уведомлението се попълва и подава от:

- Застрахования / притежателя на полицата или
- Бенефициера по полицата.

Горните лица могат да ползват съдействие от агента или административния асистент на агенцията за попълване на формуляра.

С Уведомлението се представят и медицински документи, с които подателят разполага към момента на попълване, които се описват в Уведомлението.

2. Срокове, свързани със завеждането и обработката на претенция за изплащане на застрахователно обезщетение

Уведомлението за щета следва да бъде подадено:

- в случай на смърт – до 7 дни, считано от датата на смъртта (Основна застраховка живот) и до 5 дни при смърт вследствие на злополука;
- в случай на друго застрахователно събитие (Трайна нетрудоспособност, Тежко заболяване, Ежедневно обезщетение за хоспитализация, Обезщетение за хирургическа намеса при хоспитализация, Фрактури) – до 7 дни, считано от датата на събитието.

Всяко Уведомление се завежда от служител по оценка на застрахователни претенции, вписва се в информационната система на Застрахователя и получава уникален за преписката номер.

При получаване на уведомление, Застрахователят образува преписка по щетата, която получава входящ номер. Всички документи, които се изпращат или получават от Застрахователя по повод заявеното застрахователно събитие, се съхраняват в преписката. В цялата кореспонденция на Застрахователя по повод заявеното застрахователно събитие се посочва датата на изпращане или получаване на съответния документ.

Отдел Обслужване на клиенти:

- преценява, на база първоначалната информация подадена в Уведомлението, кои са застрахователните договори и покрития, по които може да се дължи плащане на обезщетение съобразно естеството на описаното застрахователно събитие;
- оценява вероятния размер на плащането, което би възникнало като задължение при предоставяне на съответните доказателства за възникналата щета;
- формира резерв, който се вписва в информационната система за администриране на застрахователни претенции. Във всеки един момент от разглеждане на документите по застрахователната претенция и при наличие на съответните данни, формираният резерв се коригира, така че максимално точно да отразява цената на иска.

3. Завеждане на претенция за изплащане на застрахователно обезщетение. Преписка по заведената претенция.

В срок от 2 работни дни след датата на получаване на Уведомлението Застрахователят извършва първоначална преценка на информацията в него и предоставя на Бенефициерите информация за:

- застрахователните покрития, които биха могли да бъдат относими към посоченото застрахователно събитие;
- необходимите документи (доказателства) за оценка на застрахователната претенция.

Информацията се предоставя директно чрез писмо до Бенефициера или чрез застрахователния агент (брокер), обслужващ полицата.

4. Документи (основни и допълнителни) необходими за завеждането и разглеждането на претенция за застрахователно обезщетение при настъпило застрахователно събитие

Стандартните документи, които се изискват, са в следния списък:

А. При настъпило застрахователно събитие смърт:

- Формуляр за иск за обезщетение при смърт – Формуляр 2 .

Този Формуляр се попълва от Бенефициера. В случай, че Бенефициерите са повече от един, всеки попълва отделен Формуляр. В случай, че предявяващият иска за обезщетение е под 18 годишна възраст, Формулярът се попълва от негов законен представител.

- Формуляр за иск за обезщетение при смърт – Заключение на лекуващия лекар – Формуляр 2А .

Този формуляр се попълва от лекаря или медицинското заведение, където застрахованият е бил лекуван.

- Съобщение за смърт
- Препис – извлечение от Акта за смърт – в оригинал или нотариално заверено копие
- Идентификационни документи на Бенефициерите: Копие на лична карта на Бенефициера / ите или в случай, че Бенефициерите са законните наследници, се изисква Удостоверение за наследници – в оригинал или нотариално заверено копие. В случай че някой от Бенефициерите е непълнолетен, при необходимост се изисква и Удостоверение за настойничество.
- Оригинална полица с всички добавъци.
- Аутопсионен протокол.

Б. При застрахователни събития трайна нетрудоспособност, престой в болница, фрактури, хирургически намеси, тежки заболявания и др. се изискват, в зависимост от покритието, на което се основава претенцията:

- Доклад на лекуващия лекар – Обезщетение за трайна нетрудоспособност – доклад на лекуващия лекар/хирург– Формуляр 3;
- Изявление на застрахования – Формуляр 4 в случай на злополука;
- Доклад на лекуващия лекар/хирург – Формуляр 4А в случай на злополука;
- Доклад на лекуващия лекар/хирург – обезщетение за хоспитализация/хирургическа намеса – Формуляр 5.

При договори с покритие Трайна нетрудоспособност или Отказ от премия, при наличие на условията по договора за предоставяне на обезщетение, застрахованият трябва да подаде и Формуляр за иск за обезщетение за трайна нетрудоспособност или отказ от премия – Формуляр 6.

Застрахователят може да се снабди от трети лица с всякакви документи, относими към и необходими за изясняване на обстоятелствата, свързани със застрахователното събитие и основанието и размера на претенцията. Застрахователят поема задължението да не изисква от такива трети лица информация и документи, които не са относими към и необходими за изясняване на обстоятелствата, свързани със застрахователното събитие и основанието и размера на претенцията.

При необходимост за изясняване на обстоятелствата, свързани със застрахователното събитие и основанието и размера на претенцията е възможно да бъдат поискани и други документи, при условие че Бенефициерът или Застрахованият / притежателят на полицата може да се снабди с тях (т.е. за снабдяването им е налице правна възможност и няма съществуващи нормативни пречки). Такива документи са например:

- медицински документи – епикризи, лична амбулаторна карта и амбулаторни листа, болнични листа, токсикологичен доклад, рентгенови снимки, Експертни решения на ТЕЛК, резултати от провеждани изследвания, История на заболяването от съответните болнични лечебни заведения;

- разпореждане на Националния осигурителен институт, с което се определя злополука за трудова и Декларация за трудова злополука – тези документи се изискват само при полици, при които се договарят различни условия на покритие за трудова и битова злополука;
- справка от НЗОК;
- актове и документи на органите на МВР, имащи отношения към случая, когато за обстоятелствата по иска са били образувани производства или предприети действия от органите на МВР;
- актове и документи на органите на Прокуратурата или Съда по наказателни производства, имащи отношения към случая, когато за обстоятелствата по иска са били образувани наказателни производства;
- съдебно решение за обявяване на застрахования за починал, в случай че е изчезнал или е невъзможна идентификация на тялото;
- констативен протокол на дежурен следовател или констативен акт или наказателно постановление по Закона за движение по пътищата, когато обстоятелствата по преписката включват ПТП;
- и други относими към фактите по преписката документи.

По отношение на документите, които се изискват, вместо оригинал, може да бъде представен заверен от нотариус или от издаващия орган препис. В случаите, когато стойността на иска не надхвърля 1000 лева, могат да бъдат представени заверени от лицето предявяващо иска преписи на оригинала, придружени от оригинала на документа, който след сверяване на верността на преписа от служител на застрахователя, се връща на лицето.

5. Разглеждане на заведена претенция за изплащане на застрахователно обезщетение във връзка с настъпило застрахователно събитие

В срок до 15 дни от получаването на Формуляр иск за обезщетение със съответните документи Застрахователят извършва оценка на фактите и представените доказателства и при възникване на благоразумна и обективна необходимост от допълнителна информация за изясняване на обстоятелствата, свързани със застрахователното събитие и установяване основанието и размера на претенцията, Застрахователят изпраща до обслужващата Агенция или директно до застрахования клиент писмено искане с подробни и ясни инструкции за необходимите допълнителни документи и информация. В случаите, когато клаузите на договора предвиждат изтичането на определен период от време, за да се счита определено застрахователно събитие за настъпило (например изискването за едногодишен срок за признаване на състояние на Пълна трайна нетрудоспособност), горният 15-дневен срок започва да тече след изтичане на съответния период. При необходимост Застрахователят води собствена кореспонденция с институции, здравни заведения, лекари и др. за събиране на необходимите данни и доказателства. Възможно е Застрахователят да проведе и собствени разследвания.

Когато от едно и също застрахователно събитие възникнат последователно основания за обезщетение по различни застрахователни покрития (например покритие за хоспитализация и впоследствие за трайна нетрудоспособност или смърт), за всяко от покритията се подава отделен Формуляр - искане за обезщетение и сроковете за

разглеждане и оценка на документите, изискване на допълнителна информация и документи и произнасяне по претенцията текат поотделно. За всяка от отделните претенции се образува отделна преписка за съответното застрахователно събитие. Цялата кореспонденция на Застрахователя по повод отделната претенция посочва съответния номер на полицата.

6. Вземане на решение във връзка с предявената претенция за изплащане на застрахователно обезщетение

Процесът на разглеждане на доказателствата за претърпяната загуба и на застрахователната претенцията като цяло включва:

- идентифициране на застрахования;
- проверка за предишна заведена щета;
- проверка истинността на настъпилата щета;
- проверка дали съответното застрахователно събитие е покрито по условията на застрахователната полица, дали застрахователната полица е била в сила към момента на настъпването му и дали са налице условията, предвидени в застрахователния договор за изплащане на обезщетение.
- определяне на размера на застрахователното обезщетение или формулиране на мотивиран отказ.

Предоставените медицински и други документи се разглеждат от Застрахователно-медицинска комисия, състояща се от доверен лекар-консултант на Застрахователя и Експерт оценка на застрахователни претенции при Застрахователя. Възможно е медицинските документи да бъдат разгледани и решение по претенцията да бъде взето и само от Експерт оценка на застрахователни претенции при Застрахователя. Размерът на застрахователното обезщетение се определя в зависимост от условията на съответния застрахователен договор на база становището на медицинските консултанти относно наличието на покрити по застрахователния договор събития, и конкретния размер на обезщетението което се дължи с оглед доказаните характеристики на събитието (напр. наличието на покрити по полицата увреждания, наличието на състояние на временна или трайна нетрудоспособност и тяхната продължителност и степен, доказани медицински разходи, и др.).

Всеки Експерт оценка на застрахователни претенции при Застрахователя разполага със собствено ниво (лимит) за изплащане на застрахователно обезщетение, над което следва да получи одобрение на друг Експерт от отдела, който притежава разрешение за по-високо ниво (лимит) на одобрение за изплащане. В случай, че е достигнато максималното ниво (лимит) на одобрение за отдела, одобрение се получава от Регионалния мениджър, съгласно действащите вътрешни структури и правила на Застрахователя.

Всеки Експерт оценка на застрахователни претенции провежда самостоятелен одит на статистическа извадка от предстоящите за плащане застрахователни претенции (pre-*pay* audit).

След представянето на допълнителните данни и документи, изискани от застрахования или Бенефициерите, както и на документите, изискани от Застрахователя от съответните институции (болници, лекари, НЗОК, МВР, Прокуратура и т.н.), претенцията се разглежда от Застрахователно-медицинската комисия, която определя размера на застрахователното обезщетение, съгласно условията на застрахователната полица или взима мотивирано решение за отказ. В законовия 15-дневен срок Застрахователят изпраща писмо с мотивиран отказ или съответно уведомява Бенефициерите / застрахования за решението за изплащане на обезщетение. В уведомлението за отказ за изплащане на обезщетение се излагат ясно мотивите на Застрахователя за отказа и фактите и клаузите на договора, на които се основава отказът. В уведомлението за положително решение за изплащане на обезщетение се посочва за всяко отделно застрахователно покритие (ако се дължи плащане по повече от едно покритие), размерът на обезщетението, което Застрахователят приема да изплати и ако става въпрос за част от застрахователната сума – мотивите за определяне на конкретния размер на обезщетението. В случаите, когато се отказва плащане по някои от покритията, за които е била завадена претенцията, а се приема плащане по други, уведомлението от Застрахователя съдържа съответна обосновка и по двата случая.

След взимане на решение за плащане на обезщетение или мотивиран отказ по всяка щета, формираният в информационната система резерв се закрива.

Плащането на застрахователни обезщетения се извършва във валутата, в която те са определени в застрахователния договор. При писмено искане от страна на застрахования / Бенефициера е възможно и плащане в левовата равностойност по курса на БНБ за деня. Плащането се извършва в законовия срок от 15 дни, от последно полученият документ по застрахователната претенция, при условие, че Бенефициерът е посочил писмено банкова сметка за изплащане на обезщетението.

Процедурите за разглеждане на жалби от клиенти представляват Приложение А към настоящите правила.