

ВЪТРЕШНИ ПРАВИЛА

ЗА ДЕЙНОСТТА ПО УРЕЖДАНЕ НА
ПРЕТЕНЦИИ ПО ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ
ДОГОВОРИ,

СКЛЮЧВАНИ ОТ „ФИ ХЕЛТ
ЗАСТРАХОВАНЕ” АД

град София

1. Общи положения

1.1. Настоящите *Вътрешни правила за дейността по уреждане на претенции по застрахователни договори, сключвани от „Фи Хелт Застраховане” АД* (по-долу за краткост *Застраховател*”), наречени по-нататък *„Вътрешни правила”*, регламентират процедурите по:

- приемане претенции по застрахователните договори от Застрахователя;
- завеждане на претенциите от Застрахователя;
- събиране на необходимите доказателства за установяване на претенциите по основание и размер;
- определяне размерите на обезщетенията;
- изплащане на обезщетението от Застрахователя;

- отказ за изплащане на застрахователно обезщетение;
- разглеждане от Застрахователя и решаване на жалби, подадени от потребителите.

1.2. Настоящите Вътрешни правила са вътрешен нормативен акт, изготвен в съответствие с изискванията на действащото законодателство на Република България, приети са на основание чл.104, ал.1 от Кодекса за застраховането (КЗ), както и при отчитане изискванията на Наредба №71 от 22 юли 2021 г. за изискванията към системата на управление на застрахователите и презастрахователите (издадена от Комисията за финансов надзор), като същите имат за цел гарантиране правата на потребителите за бързо, прозрачно и справедливо уреждане на техните претенции.

1.3. Предмет на Вътрешните правила е регламентацията на дейността по застраховане, извършвана от Застрахователя, чрез сключването от него застрахователни договори с физически и юридически лица, както и установяване на реда, сроковете, условията и начина на заявяване, разглеждане и уреждане на претенциите по тези договори, на нивата на компетентност за вземане на решение за удовлетворяване или отказ на предявените претенции,

1.4. В дейността си по предоставяне на застрахователни услуги и при уреждането на претенциите по застрахователните договори, Застрахователят се ръководи от действащото българско законодателство и съгласно принципите за законосъобразност, ликвидност, сигурност и справедливост.

1.5. Отношенията по предоставяне на застрахователни услуги между Застрахователя и неговите клиенти се уреждат чрез застрахователни договори, отговарящи на действащото законодателство и утвърдената практика на Застрахователя.

1.6. Застрахователят предоставя на ползвателите на застрахователни услуги (физически и юридически лица) застрахователни продукти по раздел II на Приложение №1 на КЗ, които в зависимост от предмета на застрахователния договор и застрахователния риск (непредставляващ „голям риск“ по смисъла на §.1, т.29 от КЗ), са застраховки по реда на буква „А“, раздел II на Приложение №1 на КЗ - т.1 - „Злополука“ и т.2 - „Заболяване“.

1.7. Тези застрахователни продукти са предназначени за неограничен кръг от ползватели на застрахователни услуги (наричани по-долу за краткост застраховани) и при условията на конкретния застрахователен договор Застрахователят поема рискове, произтичащи от заболяване или злополука, свързани с финансовото обезпечаване на определени със застрахователния договор здравни услуги и стоки, срещу получаване на застрахователна премия.

II. Завеждане на претенции от ползвателите на застрахователни услуги

2.1. Ползвател на застрахователни услуги, който желае да предяви претенция по застраховката към Застрахователя е длъжен да уведоми Застрахователя за настъпването на застрахователното събитие. Претенцията може да бъде за финансово обезпечаване (заплащане) предоставянето на определени здравни услуги и стоки на Застрахован, само чрез изпълнители на медицинска помощ, в съответствие с покритите рискове по застраховката или за възстановяване на разходи на Застрахования за определени здравни стоки и услуги, при което частично или изцяло се възстановяват в пари разходите на Застрахования за определени здравни услуги и стоки, извършени при настъпването на застрахователно събитие.

2.2. Уведомяването на Застрахователя за настъпване на застрахователно събитие и настъпилите в резултат на него вреди се извършва в съответствие с разпоредбите на чл.106, ал.1 и ал.2 от КЗ и в сроковете и по начините, установени в настоящите Вътрешни правила и общите условия към всеки отделен застрахователен договор.

2.3. В случай че Застрахованият по застраховка „Заболяване“ е избрал абонаментно обслужване като форма на застрахователно обезщетение, при настъпване на застрахователно събитие, следва незабавно да се свърже с координационния център на Застрахователя, на указаните за целта телефони.

При абонаментно обслужване Застрахованият следва да ползва на първо място съдействието на медицински координатор на Застрахователя, а в лечебните заведения и съдействието на координатора по договора за съответния изпълнител на медицинска помощ, името и адреса за кореспонденция на който са включени в списъка на изпълнителите на медицинска помощ от приложимите общи условия. Координаторът на изпълнителя на медицинска помощ уведомява Застрахования за реда на ползване на здравни услуги в съответното лечебно заведение и оказва съдействие при ползване на здравните услуги и стоки, когато това е необходимо. При всяко посещение при изпълнител на медицинска помощ, е който Застрахователят има сключен договор, Застрахованият се легитимира със здравнозастрахователна карта и документ за самоличност. Застрахованият няма право да претостъпва на друга лица своята здравнозастрахователна карта.

2.4. Застрахователят удостоверява завеждането на подадена претенция в свой регистър, който води съгласно вътрешните си правила за организация на дейността и документооборота.

2.5. Застрахователят удостоверява задължително завеждането на всяка подадена претенция (всички щета) в свой единен електронен регистър /информационната система А.К.Т.А./.

2.6. При предявяване на претенцията следва да са налице следните предпоставки и да са изпълнени посочените изисквания:

- По Застраховка „Злополука“ Застрахованият да притежава валиден застрахователен договор;
- По Застраховка „Заболяване“ Застрахованият да притежава валиден застрахователен договор и здравнозастрахователна карта;
- застрахователните премии да са платени в установените в договора срокове и размер,
- събитието да е настъпило през срока на действие и в териториалния обхват на застрахователния договор;
- заявеното събитие, причинило претендираните вреди, да е сред покритите съгласно сключения договор застрахователни рискове.

2.7. При предявяване на претенция по застраховка „Заболяване“ за плащане на застрахователно обезщетение под формата „Възстановяване на разходи“, уведомлението може да се подаде до Застрахователя по два установени начина:

2.7.1. В писмена форма /хартиен носител/ с всички прилежащи финансови и медицински документи към съответното застрахователно събитие и установен образец бланка Искане за възстановяване на разходи с дата и подпис на застрахованото лице/ респ. негов представител/;

2.7.2. Електронно - /Онлайн претенции/ - услугата е достъпна само за регистрирани потребители през уеб портала „Вход за застраховани лица“ от сайта на Дружеството с адрес. <http://fihealth.bg> Застрахованото лице дава съгласие за обработка на личните данни съгласно Регламент на ЕУ 2016/679 на 25.05.2018 г. и декларира верността на данните електронно, което е аналог на бланката образец Искане за възстановяване на разходи. Онлайн претенциите се регистрират и се изплащат, респ. отказват /изцяло или частично/ без Застрахователят да изисква оригинали на документите, освен в случаите по негова преценка.

2.8. При предявяване на претенция за плащане на застрахователно обезщетение уведомлението следва да съдържа следната информация:

- данни на застрахования (имена, адрес, телефони и/или адрес на електронна поща (e-mail) за контакт);
- данни на уведомятеля (в случаите, когато е различен от Застрахования);
- номер на застрахователната полица и на здравнозастрахователната карта;
- описание на застрахователното събитие;

- детайлно описание и па вредите/увреждането на здравето;
- дата и подпис на уведомявателя.

2.8. Уведомлението се подава лично (на адреса на управление на Застрахователя) или се изпраща по поща/куриер. Ако писменото съобщение не може да се изпрати в съответния срок, уведомяването може да се извърши по факс, електронна поща (e-mail) или телефон, като уведомяването се потвърждава и с писмено съобщение. Кореспонденцията между страните по повод и във връзка с уреждането на претенцията се води писмено и/или чрез средствата и методите за комуникация от разстояние.

III. Събиране на доказателства за установяване основанието и размера на претенциите

3.1. Застрахователят уведомява Застрахования за всички доказателства, които той трябва да представи за доказване основанието и размера на претенцията.

3.2. За доказване на претенцията по основание Застрахованият (третото увредено лице) представя следните, но не само, документи:

- валидна застрахователна полица и приложения към нея (добавъци, споразумения и други документи, които имат отношение към установяване на основанието и размера на претенцията, като се съобразява разпоредбата на чл.106, ал.5 от КЗ);
- документи, доказващи плащането на застрахователната премия и сроковете, предвидени в договора,
- документи, идентифициращи лицето (документ за самоличност, удостоверение за актуално състояние) и удостоверяващи качеството на лицето и правото му да получи претендираното обезщетение;
- документи, издадени от компетентен орган и доказващи настъпване на застрахователно събитие;
- документи за лекарски преглед и/или манипулация, за медицински изследвания или болнично лечение);
- фактури, в които са посочени ползваните услуги/закупените стоки, техният брой и единична цена, придружени от съответните фискални касови бонове, както и.
- за лекарства - рецепта, издадени от съответния правоспособен лекар и документи от извършени лекарски прегледи. Лекарствените средства при рецептурни бланки за еднократно изпълнение трябва да са закупени в срок до 7 или 10 дни от датата на издадената рецепта/документа от лекарския преглед. При рецептурни бланки за многократно изпълнение - горепосоченият срок е валиден за първоначалното им закупуване.
- за помощни средства: рецепти/документи за медицинско назначение, издадени от правоспособен лекар/изпълнител на медицинска помощ;
- за медицински прегледи и/или манипулации: документ за лекарски преглед и/или манипулация;
- за медицински изследвания: документ от лекарски преглед, документ за назначаване на изследванията и копие от резултатите;
- за болнично лечение: епикриза;
- за лечение в санаториум: медицинско направление за лечение в санаториум, епикриза и картон /физיותרапевтична карта/ с описание на проведените физיותרапевтични процедури.

3.3. Застрахователят може да изисква допълнителни доказателства, които пряко или косвено имат отношение към застрахователното събитие и могат да послужат при определяне на основанието за изплащане на застрахователното обезщетение и/или размера му, при спазване на нормите на Кодекса за застраховането, като уведоми писмено Застрахования, съответно третото увредено лице за

допълнителните доказателства. Застрахователят уведомява Застрахования за допълнителните доказателства най-късно в срок 45 дни от представянето на доказателствата, определени със застрахователния договор и настоящите Вътрешни правила, които не са били предвидени в договора при сключването му и които са необходими за установяване на основанието и размера на неговата претенция.

3.4. Уведомяването на лицето за необходимите документа, с оглед установяване основанието и размера на претенцията, се извършва и лично в офисите на Застрахователя срещу подпис от лицето, с писмо изпратено на адреса (e-mail) за кореспонденция на Застрахования, посочен от него при сключване на застрахователния договор. В случай, че Застрахованият междуременно е променил указания в застрахователния договор адрес/ e-mail-и не е съобщил писмено новия си адрес/e-тай на Застрахователя, изпратените от него уведомления на адреса/e-mail на Застрахования, обявен в застрахователния договор, се смятат за връчени и получени с всички предвидени в икона или договора правни последици.

3.5. При застраховка „Злополука“ Застрахованият или неговият пълномощник е длъжен да представи всички документи в оригинал и/или копие. Застрахователят приема копие на документите само при условие, че те са заверени по установения от закона ред или копията са заверени от представящото ги лице, но след като те бъдат сверени с оригинала от представител на Застрахователя. Застрахователят е длъжен да приеме представените копия, заверени по указания в предходното изречение начини, освен в случаите, когато нормативен акт изрично предвижда предоставянето на документ в оригинал.

3.6. Представянето на всички доказателства (първоначално определени или допълнително изискани) от Застрахования на Застрахователя се удостоверява с поставянето на входящ номер и дата на получените документи.

3.7. Застрахователят има право да изисква и получи от Застрахования и други документи и/или материали, извън посочените в договора, общите условия и/или настоящите Вътрешни правила, които пряко или косвено имат отношение към застрахователното събитие и могат да послужат при определяне на основанието на изплащане на застрахователното обезщетение или размера му.

3.8. Застрахователят не може да изисква доказателства, с които Застрахования не може да се снабди поради съществуващи нормативни пречки или поради липсата на правна възможност за осигуряването им.

3.9. В случай че е необходимо, по искане на Застрахователя, Застрахованият и/или ползващото лице се задължават да упълномощят Застрахователя в съответната форма с правото за събиране на данни от лекари, медицински заведения, както и други застрахователни и официални органи, за изискване на информация и документи относно Застрахования и неговото здравословно състояние, които по мнение на Застрахователя са или биха могли да бъдат в причинно-следствена връзка със застрахователното събитие.

3.10. Преди сключване на застрахователния договор, както и по време на действието на Договора, Застрахователят има право да получи подробна и точна информация относно възрастта, пола и здравословното състояние на лицето, чиито здраве или телесна цялост са предмет на застраховане при съобразяване на императивните норми на Кодекса на застраховането.

3.11. За времето след завеждане на претенцията, Застрахованият трябва да извърши необходимите действия за ограничаване на вредите от застрахователното събитие и да следва указанията на Застрахователя.

3.12. Цялата информация, необходима на Застрахователя за установяване на основанието и размера на обезщетението, трябва да му се предостави изцяло и правдиво.

IV . Оценяване на вредите, резултат от застрахователното събитие

4.1. Причинените от застрахователното събитие вреди се оценяват от Застрахователя на база представените от оправомощените лица доказателства

4.2. В случай на различни мнения за вида и размера на последствията от злополуката или за това, до каква степен настъпилото увреждане е причинено следствие на застрахователното събитие, също и за влиянието на болест или недъг върху последствията от злополуката, се произнася лекарска комисия на Застрахователя.

V, Определяне размера на обезщетението

5.1. Застрахователното обезщетение се определя от Застрахователя, в границите на определената със застрахователния договор застрахователна сума и при спазване нормите на Кодекса на застраховането. Лимитът на застрахователното покритие по застраховката за всяко събитие се определя в застрахователния договор (застрахователната полица).

5.2. Застрахователят определя дължимото обезщетение съобразно размера на застрахователната сума,, вида па застрахователното събитие, последиците от него и представените доказателства за установяване на основанието и размера на обезщетението. Застрахователят, преди да вземе решение по предявената претенция, преценява и обстоятелствата, които са настъпили по времето на действие на застрахователния договор и са увеличили риска, и Застрахователят не е бил уведомен за тях.

5.3. Застрахователят, не дължи обезщетение за пропуснати ползи, освен ако е уговорено друго в застрахователния договор.

5.4. Застрахователят може да откаже плащане на застрахователното обезщетение:

- в случаите, предвидени в сключения застрахователен договор;
- при умишлено причиняване на застрахователното събитие от Застрахования или трето ползващо се лице;
- 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;
- при настъпване на вредите в резултат на събития, които не представляват покрити по застрахователния договор рискове;
- при настъпване на застрахователното събитие извън срока или териториален обхват на застрахователния договор;
- в други случаи, предвидени със закон или със застрахователния договор.

5.5. Застрахователят може да откаже плащане на застрахователното обезщетение и ако претенцията за неговото изплащане е измамлива в каквото и да е отношение или ако се използват измамливи средства и/или похвати от Застрахования или от което и да е лице, действащо от негово име, с цел получаване на облаги по застраховката, като лицето осъществило посочените действия или бездействия, ще бъде предадено на компетентните органи за реализиране на отговорността му, съгласно наказателното законодателство на Република България. Измамливо е всяко действие или бездействие, което въвежда в заблуждение или поддържа съществуващо заблуждение у представители или служители на Застрахователя относно настъпване на застрахователното събитие или други обстоятелства, които са от значение за възникване на правото да се получи застрахователно обезщетение и/или за неговия размер.

5.6. За всички случаи на отказ за плащане на застрахователно обезщетение или определяне на обезщетение, различно по размер от претендираното от Застрахования, Застрахователят изпраща мотивиран отговор на Застрахования, при условията и в сроковете, установени в Кодекса за застраховането.

VI. Извършване на разплащания с ползвателите на застрахователни услуги

6.1. При настъпване на застрахователното събитие Застрахователят изплаща застрахователното обезщетение, в зависимост от условията на сключения застрахователен договор, в срок до 15 (петнадесет) работни дни от приключването на всички необходими проучвания и от получаването на всички необходими доказателства за установяване на застрахователното събитие, и на основанието и размера на претенцията. Когато не са представени всички доказателства, Застрахователят е длъжен да изплати застрахователно обезщетение или откаже такова, не по-късно от 6 месеца от датата на предявяването на претенцията. В случаите, когато размерът на обезщетението се различава от претендираното, Застрахователят изпраща мотивиран отговор с основанието за така определеното застрахователно обезщетение.

6.2. В случаите, когато съгласно застрахователния договор при финансовото обезпечаване на здравни стоки и услуги Застрахователят се задължава да възстанови в пари извършени разходи от Застрахования за определени здравни стоки и услуги, застрахователното обезщетение се изплаща на Застрахования съобразно представените доказателства за установяване на застрахователното събитие и на основанието и размера на претенцията.

6.3. При застраховка „Заболяване” 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, 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, с изключение на случаите, когато се надхвърли застрахователният лимит, както и в случаите, когато в застрахователния договор е посочено възстановяване на разходи като форма на застраховане или съответната здравна услуга/стока може да се ползва само под формата на възстановяване на разходи.

6.4. Плащането на застрахователното обезщетение се извършва по банков път по предварително посочена от оправомощеното лице банкова сметка. Преводът на обезщетението се извършва за сметка на неговия получател. Плащането може да се извърши и по друг начин, доколкото такъв е уговорен в застрахователния договор и общите условия към него.

6.5. Дължими по закон данъци по повод и във връзка със застрахователното обезщетение са за сметка на лицето, на което се плаща застрахователното обезщетение.

6.6. Застрахователят, в случаите когато е изплатил застрахователно обезщетение по застрахователния договор вследствие на вреда, причинена от трето лице, встъпва в правата на Застрахования срещу третото лице, до размера на изплатеното застрахователно обезщетение и направените разходи, съгласно предвиденото в закона. Отказът на Застрахования от правата му срещу третото лице, причинило събитието, е недействителен спрямо Застрахователя. Застрахованият е длъжен да съдейства на Застрахователя при упражняване на правата му срещу причинителя на събитието.

VII. Разглеждане на жалби от ползвателите на застрахователни услуги

7.1. Възникналите между страните спорове и разногласия по повод на уреждане на застрахователните претенции се уреждат чрез преговори. При непостигане на съгласие между страните, ползвателите на застрахователни услуги могат да обжалват всички решения, засягащи техните права (вкл. отказ за изплащане на застрахователно обезщетение или неговия размер), с жалба, подадена до Застрахователя.

7.2. Редът, начините и сроковете за подаване на жалба от ползвателя на застрахователни услуги, реквизитите на жалбата, правилата за разглеждане на жалбата, срокът за отговор от Застрахователя,

правилата, гарантиращи справедливо разглеждане на жалбите и ред за уведомяване на ползвателя на застрахователни услуги, са подробно уредени в *Политиката на "ФИ ХЕЛТ ЗАСТРАХОВАНЕ" АД за организацията на разглеждането на жалби на ползватели на застрахователни услуги*. Всеки ползвател на застрахователни услуги може да се запознае с цитираната Политика за организацията на разглеждането на жалби, която е обявена на интернет страницата на "ФИ ХЕЛТ ЗАСТРАХОВАНЕ" АД (<https://fihealth.bg/>), достъпът до нея е свободен (осигурен е безплатно в местата, където Застрахователят извършва дейност), като при поискване се предоставя на ползвателя и на хартиен носител. За подаването и разглеждането на жалба не се дължи каквато и да било такса.

7.3. Обжалването на действията и актовете на Застрахователя пред неговите органи не засяга правото на иск по съдебен ред на заинтересованото лице (застрахован, ползващо се лице). Това право е самостоятелно и се упражнява по реда на Гражданския процесуален кодекс, съгласно действащото българско законодателство.

VIII. Заключителни разпоредби

§1. Тези Вътрешни правила за дейността по уреждане на претенции по застрахователни договори, сключвани от „Фи Хелт Застраховане“ АД са установени на основание чл.104 от КЗ.

§2. Наименованията на разделите в тези Вътрешни правила не са от значение за съдържанието им и служат само за прегледност, както и с цел препращане, поради което не следва да се ползват като водещи при тълкуването на отделните клаузи.

§3. Промени и допълнения в тези Вътрешни правила могат да бъдат извършвани по реда на тяхното приемане.

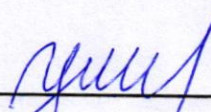
§4. Препращането към определен нормативен акт или документ следва да се разбира като препращане към съответния нормативен акт или документ, в това число и съобразно неговите изменения и допълнения.

§5. Настоящите Вътрешни правила са приети от Съвета на директорите на „Фи Хелт Застраховане“ АД на заседание, проведено на 16.05.2013 год. и изменени с решение на Съвета на директорите на заседание, проведено на 16.03.2022 год., и изменени с решение на Съвета на директорите на заседание, проведено на 23.11.2023г



Милена Касапова -
Изпълнителен директор

За „Фи Хелт Застраховане“ АД:



Цветомира Карапчанска -
Прокурист