

ПРАВИЛА

ЗА ДЕЙНОСТТА ПО УРЕЖДАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ ПРЕТЕНЦИИ ЗА ГРУПОВА МЕДИЦИНСКА ЗАСТРАХОВКА "АЛИАНЦ ЗДРАВЕ"

Версия 1.0

В сила от: 18.06.2020 г.

Класификация: за външно ползване ©
„Алианц България Холдинг“ АД 2020

Съдържание	стр.
I. Общи положения	1
II. Влизане в сила и актуализации. Достъп до Правилата	2
III. Уведомяване на Застрахователя за ползване на здравни стоки и услуги	2
IV. Предявяване на застрахователна претенция пред Застрахователя	2
V. Жалби на Застраховани лица	6
Приложение № 1 Заявление за изплащане на обезщетение (образец)	7

I. ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

1. „Правилата за дейността по уреждане на застрахователни претенции на ЗАД „Алианц България“ („Правила/та“) регламентират дейността по уреждане на застрахователни претенции за групова медицинска застраховка „Алианц Здраве“. Правилата са изготвени на основание на чл.104, ал. 1 от Кодекса за застраховането („КЗ“) и са в съответствие с „Общите условия за групова медицинска застраховка Алианц Здраве на ЗАД Алианц България“ („ОУ“), и имат за цел да гарантират правата на Застрахованите лица за законосъобразност, про-зрачност и справедливост при уреждане на техните застрахователни претенции.
2. Тези Правила на ЗАД „Алианц България“ („Застраховател/ят“) уреждат:
 - 2.1. Уведомяването на Застрахователя за ползване на здравни стоки и услуги, вкл. предоставяне на индивидуален номер на уведомление (ИНУ);
 - 2.2. Предявяването на застрахователна претенция пред Застрахователя, вкл. изискване и събиране на информация и документи за установяване основанието и размера на застрахователните претенции; извършване на оценка на заявени застрахователни претенции; определяне размера на застрахователните обезщетения; проследяване на статуса на застрахователна претенция и на извършените плащания; изплащане на застрахователните обезщетения на Застрахованите лица;

- 2.1. Приемане и обработване жалби на Застрахованите лица.
3. Тези Правила се прилагат и тълкуват заедно с ОУ. За целите на Правилата се прилагат дефинициите и съкращения от ОУ.

II. ВЛИЗАНЕ В СИЛА И АКТУАЛИЗАЦИИ. ДОСТЪП ДО ПРАВИЛАТА

1. Тези Правила са приети от Управителния съвет на ЗАД „Алианс България“ и влизат в сила от датата на приемането им.
2. Промени в Правилата се извършват по реда на тяхното приемане.
3. Застрахователят публикува тези Правила на своя интернет сайт и осигурява безплатно достъп до тях в местата, където извършва дейност.

III. УВЕДОМЯВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ ЗАПОЛЗВАНЕ НА ЗДРАВНИ СТОКИ И УСЛУГИ

1. При възникнала необходимост от ползване на здравни стоки и услуги Застрахованото лице е длъжно да се свърже с Асистанс центъра за съдействие и получаване на индивидуален номер на уведомление (ИНУ). Ползването на здравни стоки и услуги от Застрахованото лице изисква получаването на ИНУ по всички Здравни модули, за които има покритие.
2. Асистанс центърът регистрира обаждането и на база на информацията, предоставена от Застрахованото лице, предоставя ИНУ.
3. С един получен ИНУ могат да се отправят повече от една застрахователна претенция, ако здравните стоки и услуги са свързани с един медицински случай. Преценката за необходимостта от предоставяне на нов ИНУ се прави от служителя от Асистанс центъра на Застрахователя.

IV. ПРЕДЯВЯВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕТЕНЦИЯ ПРЕД ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ

1. В случаите на ползване на здравни стоки и услуги от Застрахованото лице при условията на **Възстановяване на разходи**¹ или при **Плащане на фиксирана сума**²

застрахователната претенция се предявява лично от него, от негов законен представител или от надлежно упълномощено от него лице чрез писмено *Заявление за изплащане на обезщетение* (Приложение № 1), налично на интернет сайта на Застрахователя.

2. *Заявлението за изплащане на обезщетение* („Заявление/то“), ведно с всички документи към него, може да бъде подадено в Централното управление на Застрахователя, по пощата или чрез куриер на адреса на Централно управление на Застрахователя или ако е предвидено в застрахователната полица - онлайн чрез Дигитална платформа на Застрахователя „Алианс Здраве“ („Алианс Здраве“).
3. Всяка писмена кореспонденция между Застрахователя и Застрахованото лице по повод на предявената застрахователна претенция, в т. ч. уведомления, покани и становища, предоставяне на документи се изпраща на посочения от лицето адрес в Заявлението по реда и начина на неговото предявяване **или** по допълнително избраният лицето в Заявлението ред и начин.
4. Когато Застрахованото лице е **малолетно**, Заявлението се подава от името на малолетното дете чрез неговия законен представител (родител или настойник), който трябва да удостовери това свое качество пред Застрахователя. Когато Застрахованото лице е непълнолетно Заявлението се подава от името на непълнолетното дете със съгласието на неговия родител или попечител, който трябва да удостовери това свое качество пред Застрахователя.
5. Заявлението може да бъде подадено от **пълномощник** на Застрахованото лице, катонеговото пълномощното трябва да отговаря на изискванията на чл. 338, ал. 1 от КЗ, а именно: изрично писмено пълномощно с нотариална заверка на подписите за съответната застрахователна претенция или плащане, в което се съдържа изявление, че Застрахованото лице е уведомено, че има право да получи плащането лично, и да е приложено към Заявлението.
6. В Заявлението следва да бъде посочена: информация за Застрахователя, за Застрахованото лице и за застрахователната претенция, вкл. ИНУ, данни за Искане за болнична медицинска помощ с произнасяне на Застрахователя (когато е приложимо), размер на сумата за възстановяване или основание за плащането на фиксирана сума,

¹ По Здравни модули: ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ, БОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ, ЗДРАВНИ СТОКИ и ДЕНТАЛНА ПОМОЩ.

² По Здравен модул КРИТИЧНИ СЪСТОЯНИЯ И ВТОРО МЕДИЦИНСКО МНЕНИЕ и при Раждане по Здравен модул БОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ.

- основание за плащането на фиксирана сума, приложени документи и данни за банкова сметка, по която да се извършат плащанията от страна на Застрахователя.
7. Не по-късно от 1 работен ден от датата на входиране на Заявлението, Застрахователят предоставя на Застрахованото лице ИНУ, ако не е получен такъв предварително по реда, указан в ОУ, чрез който то има право да прави справки и запитвания относно движението и разглеждането на неговата застрахователна претенция.
8. Застрахованото лице трябва да обоснове по основание и размер своята застрахователна претенция, като към Заявлението трябва да приложи всички необходими финансови и медицински документи за ползваните здравни стоки и услуги или за целите на извършването на плащане на фиксирана сума.
9. Всички документи, приложени към застрахователната претенция, трябва да отговарят на следните изисквания:
- финансовите документи да отговарят на изискванията на българското законодателство и да са издадени на името на Застрахованото лице, като всяка стока и услуга да е изписана детайлно (по вид, брой и цена) и да е посочена като отделна позиция;
 - медицинските документи да са съставени (вкл. подписани и подпечатани) според образците и указанията за съответния документ и да съдържат изискуемата информация (за индивидуализация и описание на предоставените здравни стоки и услуги, в това число снета анамнеза, поставена д и агноза, описание на обективното състояние, назначените изследвания и лечение и др.);
 - рецептата да е издадена не по-рано от датата на прегледа и от лекаря, който го е извършил, като съдържа изискуемата информация: име, подпис и печат на лекаря, град и дата на издаване, име на пациента, възраст и адрес;
 - датите на финансовите документи не трябва да предхождат датата на медицинските документи;
 - към фактура за закупени Лекарствени продукти задължително трябва да бъдат приложени медицинския документ, с който те са предписани и рецептата за тях, в случаите когато не са описани подробно и с дозировка в медицинския документ.
10. Документите могат да се представят в копие и Застрахованото лице носи отговорност за запазването им в оригинал. Застрахователят може да изиска представянето им в оригинал в срок до 12 месеца от предявяване на застрахователната претенция.
11. Към Заявлението Застрахованото лице съобразно конкретния случай представя необходимите медицински и финансови документи за доказване на ползваните здравни стоки и услуги:
- 11.1. медицински документ (за извършен медицински преглед, назначени изследвания и лечение), като може да бъде амбулаторен лист, медицинско направление (Бл. МЗ № 119 98) или друг официален медицински документ с реквизитите на амбулаторен лист;
- 11.2. рецепта за предписаните лекарства или помощни средства, ако не са конкретно записани в медицински документ (амбулаторен лист или друг документ, съдържащ същите реквизити);
- 11.3. фактура/друг първичен счетоводен документ по Закона за счетоводството, придружен от фискален бон/квитанция/ документ за безкасово плащане или друг официален документ, съдържащ финансова информация;
- 11.4. епикриза от лечебно заведение;
- 11.5. медицински документ, съдържащ резултати, разчитане и заключение от извършените медицински изследвания;
- 11.6. документ, удостоверяващ необходимостта от Специализиран медицински/санитарен транспорт, издаден от лекуващия лекар;
- 11.7. за дентална помощ - рентгенография, предшестваща и последваща лечение на пулпит и периодонтит, и предшестваща хирургични услуги; амбулаторен лист с вписани извършени дейности. Не се изисква рентгенография за деца до 18-годишна възраст и за бременни жени. Към първата заведена претенция, свързана с дентална помощ задължително се представя и документ, удостоверяващ пълния дентален статус на Застрахованото лице;
- 11.8. стикери/опаковки за закупени диоптрични стъкла/контактни лещи;
- 11.9. стикери/опаковки/баркодове за използвани консумативи и медицински изделия или официален документ от лечебно заведение, извършило оперативната интервенция, чрез който да се удостовери влягането им;
- 11.10. при Наблюдение на бременност: медицински документи за извършен преглед и установяване на бременност; резултати,

- разчитане и заключение от проведени изследвания; медицински картон за наблюдение на бременност и финансови документи. В случай че Застрахованото лице ползва пакетна услуга, предлагана от лечебно заведение, Застрахователят възстановява на лицето заплатената цена до лимита по Застраховката, като Застрахованото лице е длъжно да представи подробна писмена информация от лечебното заведение за брой прегледи и видове изследвания, включени в пакетната услуга.
- 11.11. за физиотерапия/кинезитерапия: медицински документ за препоръчана физиотерапия/ кинезитерапия от лекар - специалист по профила на заболяването; медицински документ за извършен преглед и назначена физиотерапия/кинезитерапия с брой и вид на процедурите; карта с назначени и проведени физиотерапевтични/кинезитерапевтични процедури;
- 11.12. за допълнително поискани услуги (подобрени битови условия, допълнително обслужване, свързано с престоя в лечебното заведение, избор на лекар или екип от медицински специалисти) при лечение в лечебно заведение за болнична помощ: медицински документи за проведено лечение; официални документи, чрез които да се удостовери ползването на допълнително поискани услуги и медицинска обосновка за необходимостта им (ако такава е налице).
12. Всяка застрахователна претенция се разглежда и обработва от служител на управление "Ликвидация на щети" на Застрахователя, който въвежда данните в информационната система, проверява статуса на застрахователната полица и нейните условия, извършва преглед на представените документи и прави предварителна оценка на претенцията и преценява необходимостта от допълнителни доказателства. При необходимост служителят може да се консултира с експерти на Застрахователя - лекари, юристи и др.
13. При необходимост, за изясняване на всички обстоятелства и факти, относими към установяване на основанието и размера на застрахователната претенция, Застрахователят има право на цялата медицинска документация във връзка със здравословното състояние на Застрахованото лице и може да изисква информация от всички лица, съхраняващи такава информация, включително съгласно ЗЛЗ, ЗЗО и ЗЗ, (като например НЗОК и други институции).
14. С цел установяване на основателността и размера на дължимото плащане по всяко Заявление, Застрахователят има право да изисква от Застрахованото лице:
- 14.1. всякаква информация, както и допълнителни медицински и финансови документи. Всички разходи във връзка с подготовката и представянето на необходимите документи са за сметка на Застрахованото лице. Не се допуска изискването на доказателства, с които ползвателят на застрахователната услуга не може да се снабди поради съществуващи нормативни пречки или поради липсата на правна възможност за осигуряването им, както и на такива, за които може да бъде направена разумна преценка, че нямат съществено значение за установяване на основанието и размера на претенцията и целят необосновано забавяне и удължаване на процедурата по уреждане на претенцията;
- 14.2. да се яви на допълнителен (контролен) преглед за диагностично уточнение или преценка на назначената терапия. Този вид преглед се извършва по изключение, след уведомяване на лицето за часа и мястото на прегледа, като разходите са за сметка на Застрахователя. При липса на потвърждение на диагнозата/терапията или при отказ от страна на Застрахованото лице да се проведе такъв преглед, Застрахователят има право да откаже изцяло или частично изплащане на суми за съответните здравни стоки и услуги.
15. В случай че Застрахованото лице не представи всички изискуеми документи към застрахователната претенция или някои от представените документи не отговарят на изискванията относно техните реквизити или са непълни и не дават на Застрахователя достатъчно данни за вземане на решение по претенцията, Застрахователят има право, в срок до 45 дни от получаването ѝ, писмено да изиска Застрахованото лице да представи необходимите документи.
16. В случай че Застрахованото лице не представи изисканите документи, Застрахователят се произнася мотивирано по основателността и размера на претенцията, не по-късно от 6 месеца от датата на предявяването ѝ.
17. В срок до 15 работни дни след постъпване на всички необходими документи, Застрахователят определя и изплаща

размера на застрахователното обезщетение или сума или мотивирано отказва плащане.

18. Застрахователят отказва Възстановяване на разходи за здравни стоки и услуги, ползвани от Застрахованото лице, когато:
- здравните стоки и услуги надхвърлят съответния лимит за Застрахованото лице;
 - здравните стоки и услуги са изключени по Застраховката или са извън обхвата на покритието за Застрахованото лице;
 - здравните стоки и услуги са ползвани извън Периода на покритие за застрахованото лице;
 - Застрахованото лице е ползвало здравни стоки и услуги от лице, което не е Изпълнител на здравни услуги/Доставчик на здравни стоки по Застраховката;
 - Застрахованото лице не е доказало по основание или размер своята застрахователна претенция;
 - Застрахованият не е платил дължимата Застрахователна премия или поредна вноска от нея и за лицето няма валидно застрахователно покритие;
 - Застрахованото лице възпрепятства Застрахователя да получи информация за здравословното му състояние и проведено лечение от лекуващи лекари, лечебни заведения и др., необходими за изясняване на основанието и размера на Застрахователната претенция;
 - са налице други основания, предвидени в Застраховката или действащото законодателство.
19. Застрахователят отказва Плащане на фиксирана сума на Застрахованото лице, когато:
- е изчерпан съответният лимит за Застрахованото лице;
 - състоянието на Застрахованото лице е извън обхвата на неговото покритие;
 - Критичното състояние е диагностицирано преди изтичането на Изчаквателния период;
 - Застрахованото лице не е доказало по основание или размер своята застрахователна претенция;
 - Застрахованият не е платил дължимата Застрахователна премия или поредна вноска от нея и за лицето няма валидно застрахователно покритие;
 - Застрахованото лице възпрепятства Застрахователя да получи информация за здравословното му състояние и проведено лечение от лекуващи лекари, лечебни заведения и др., необходими за изясняване на основанието и размера на Застрахователната претенция;
 - са налице други основания, предвидени в Застраховката или действащото законодателство.
20. Без изброяването да е изчерпателно, други основания за отказ, съгласно ОУ могат да бъдат случаите, при които:
- застрахователната претенцията е измамлива или ако при предявяването ѝ се използват Измамливи действия, средства или похвати, както и ако Застрахователното събитие е причинено умишлено от Застрахования/Застрахованото лице или негови представители/служители;
 - са представени неверни и неточни сведения, използвани са на неистински или преправени документи и документи с невярно съдържание, с цел неправомерно получаване на обезщетение по Застраховката.
21. Застрахователната претенция и приложените към нея документи не се връщат на Застрахованото лице, включително при изцяло или частично извършен отказ за плащане, освен при изрично писмено искане от Застрахованото лице до Застрахователя. Документите се връщат на Застрахованото лице с приемо-предавателен протокол или друг метод, удостоверяващ приемането и предаването, а при Застрахователя остават техни копия.
22. Застрахованото лице може да проследява статуса на всяка Застрахователна претенция чрез линк към Алианс Здраве, където е налична цялата информация. Застрахованото лице има достъп по всяка своя претенция или претенция на Застраховано лице, на което е законен представител, до следната информация: дата на уведомяване на Застрахователя, респективно получаване на ИНУ, предявен размер на претенцията, одобрена сума за плащане, отказана сума за плащане и основание за отказ, мотивиран отказ на Застрахователя (писмо за отказ), платена сума и дата на плащане.
23. Застрахованото лице може да проследява статуса на всички извършени плащания към Договорни партньори за ползвани от него здравни стоки и услуги при Абонаментно обслужване.
24. В Заявлението Застрахованото лице е длъжно изрично да посочи своя банкова сметка, по която да бъде извършено плащането на застрахователното обезщетение или сума. Ако заявлението е подадено от:
- 24.1. името на малолетно или непълнолетно дете по реда на т. IV, 4, плащането може да се извърши по банкова сметка на законния представител (родителя или настойника),

- 24.2. съответно – родителя или попечителя; пълномощник на Застрахованото лице, плащането се извършва по банкова сметка на Застрахованото лице или на пълномощника, ако е надлежно упълномощен за това.
25. Застрахователят извършва плащания само при наличие на цялата необходима информация относно банковата сметка по т. IV, 24.
26. В случай на смърт на Застраховано лице в срока на застраховката, което е ползвало здравни стоки и услуги в този срок, законните наследници имат право да предявят застрахователна претенция, както и да получат плащане по вече предявените такива, по които няма извършено плащане. Преди извършване на съответните плащания законните наследници следва да удостоверят с необходимите документи това своето качество, за да може Застрахователят коректно да извърши плащанията.
27. Правата и задълженията по Застраховката във връзка със застрахователни суми или обезщетения се погасяват с 5-годишна давност, считано от датата на настъпване на застрахователно събитие.
28. С плащането от страна на Застрахователя по Застраховката, в случаите, в които Застрахователният риск е реализиран в резултат на виновното поведение на трето лице, Застрахователят встъпва в правата на Застрахованото лице срещу причинителя на вредата до размера на платеното обезщетение и Застрахованото лице е длъжно да съдейства по всякакъв начин за реализиране правата на Застрахователя.

V. ЖАЛБИ НА ЗАСТРАХОВАНИ ЛИЦА

1. Застрахованите лица могат да подават жалби на всеки етап от обслужването им:
- по телефона
 - в Единен център за обслужване на клиенти на тел.: 0700 13 014;
 - в писмен вид
 - във всяко Структурно звено на Застрахователя;
 - по поща
 - на адреса за кореспонденция на Застрахователя;
 - на имейл адреса за оплаквания: cm@allianz.bg;
 - на интернет сайта www.allianz.bg чрез контактна форма в секция „Свържи се с нас“.

При подаване на жалбата от подателя се изисква да посочи актуален адрес (и/или имейл адрес) за обратна връзка, на който да получи писмен отговор от Застрахователя.

2. 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 претенцията. В жалбата задължително се посочват име по документ за самоличност на жалбоподателя, описание на пълномощно, в случаите когато се подава чрез пълномощник, ИНУ и входящ номер на застрахователната претенция; становище на застрахователя по претенцията, ако има предоставено такова, подробно излагане на възраженията и тяхното основание от страна на Застрахованото лице.
3. Всички запитвания, молби, жалби и/или възражения, по повод на движението и/или разглеждане на Застрахователна претенция на Застрахованото лице, се депозират в писмена форма, като Застрахователят е длъжен да отговори писмено и мотивирано в срок до един месец от датата на постъпване на запитването, молбата, жалбата и/или възражението. В случай, че за изготвяне на отговора е необходимо Застрахователят от своя страна да отправи запитване към трето лице или по случая следва да се произнесе държавен орган, Застрахователят уведомява застрахованото лице, че ще отговори окончателно след получаване на съответния отговор.
4. След разглеждане на жалбата по повод на застрахователна претенция, Застрахователят може да я отхвърли като неоснователна или да я уважи, включително и да постанови застрахователно плащане и/или да увеличи размера на първоначалното застрахователно плащане, като за целта уведомява Застрахованото лице.