Załącznik nr 7 do umowy nr ……

PROCEDURA OBSŁUGI ŚWIADCZEŃ

1. Gromadzenie dokumentów dotyczących zgłoszonego zdarzenia dokonywane jest przez upoważnionego pracownika Ubezpieczającego niezwłocznie po otrzymaniu zawiadomienia od osoby uprawnionej do świadczenia.

2. W celu otrzymania wypłaty odszkodowania – świadczenia upoważniony pracownik Ubezpieczającego przekazuje dokument roszczeniowy Ubezpieczonego wraz z odpowiednimi dokumentami, o których mowa w pkt. 3. Dokument roszczeniowy zawiera jedynie nr Numer Identyfikacyjny Ubezpieczonego i podpis Ubezpieczonego i nie zawiera innych danych osobowych dotyczących funkcjonariuszy i pracowników.

3. Podstawą do wypłaty odszkodowania – świadczenia są w zależności od szkody kopie poświadczone „za zgodność z oryginałem" przez upoważnionego pracownika Ubezpieczającego następujących dokumentów takich jak:
   a) dowodu osobistego,
   b) faktury kosztów związanych z roszczeniem ubezpieczeniowym,
   c) aktu urodzenia,
   d) aktu zgonu,
   e) wypisu ze szpitala,
   f) orzeczenia lekarskiego o stopniu uszczerbku na zdrowiu.

4. Wyznaczony pracownik Ubezpieczyciela, posiadający aktualne poświadczenie bezpieczeństwa upoważniające do dostępu do informacji niejawnych o klauzuli nie niższej niż „TAJNE", po otrzymaniu dokumentacji dotyczącej zgłoszonego roszczenia od upoważnionego pracownika Ubezpieczającego dokonuje następujących czynności:
   4.1. ukrywa tj. zastępuje, na dokumentach potwierdzających wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego, dane osobowe Ubezpieczonego: nazwisko imię, datę urodzenia, miejsce zamieszkania, Numer Identyfikacyjny Ubezpieczonego;
   4.2. zwraca niezanonimizowane egzemplarze dokumentów, o których mowa w pkt 3 Ubezpieczającemu,
   4.3. rejestruje i likwiduje zgłoszone roszczenia w systemie do obsługi świadczeń według Numeru Identyfikacyjnego Ubezpieczonego.

5. Ubezpieczyciel w ciągu 3 dni roboczych od otrzymania kompletu wymaganych dokumentów:
   5.1. rozpatruje zgłoszone roszczenie i zajmuje stanowisko o wypłacie lub odmowie wypłaty świadczenia z tytułu zdarzenia;
   5.2. wypłaca świadczenie na wskazany przez Ubezpieczającego rachunek bankowy;
   5.3. Ubezpieczający po otrzymaniu przelewu przesyła świadczenie osobie uprawnionej na wyznaczone konto;
   5.4. stanowisko Ubezpieczyciela dotyczące wypłaty świadczenia przekazywane jest upoważnionemu pracownikowi Ubezpieczającego (w zamkniętej kopercie z Numerem Identyfikacyjnym Ubezpieczonego jako dane adresata).

6. W przypadku zgłoszenia roszczeń z ubezpieczeń dodatkowych lub ubezpieczeń, w których do wypłaty świadczenia wymagane jest dokonanie oceny stanu zdrowia Ubezpieczonego, komplet wymaganych dokumentów przekazywany jest do właściwej jednostki rozpatrującej tego typu sprawy.

7. Obsługa wypłaty świadczenia, o którym mowa w pkt 6, odbywa się w poniższy sposób:
   7.1. wyznaczony pracownik Ubezpieczyciela posiadający aktualne poświadczenie

bezpieczeństwa upoważniające do dostępu do informacji niejawnych o klauzuli nie niższej niż „TAJNE”, przekazuje komplet przygotowanych zgodnie z pkt 4 dokumentów do właściwej jednostki zajmującej się oceną stanu zdrowia Ubezpieczonego;

7.2. jednostka właściwa do dokonania oceny stanu zdrowia Ubezpieczonego wyznacza termin badania lekarskiego (w przypadku roszczeń z NW wymagających opinii / orzeczenia lekarskiego ustalonego % TU), informacja o terminie przekazywana jest upoważnionemu pracownikowi Ubezpieczającego;

7.3. upoważniony pracownik Ubezpieczającego informuje o terminie badania lekarskiego Ubezpieczonego;

7.4. Ubezpieczony, zgłaszając się na badanie lekarskie, przedkłada do wglądu dowód osobisty oraz zaświadczenie potwierdzające nadany mu Numer Identyfikacyjny Ubezpieczonego lub zamiennie oświadczenie Ubezpieczonego o nadanym Numerze Identyfikacyjnym Ubezpieczonego, potwierdzone przez upoważnionego pracownika Ubezpieczającego;

7.5. jednostka właściwa do oceny stanu zdrowia Ubezpieczonego podejmuje decyzję co do zasadności roszczenia z medycznego punktu widzenia i przekazuje ją właściwej jednostce Ubezpieczyciela, od której otrzymała sprawę;

7.6. wypłata świadczenia odbywa się zgodnie z zasadami określonymi w pkt 5;

7.7. stanowisko Ubezpieczyciela dotyczące wypłaty świadczenia z ubezpieczeń dodatkowych oraz świadczeń do wypłaty, których wymagane jest badanie lekarskie, przekazywane są upoważnionemu pracownikowi Ubezpieczającego (w zamkniętej kopercie z Numerem Identyfikacyjnym Ubezpieczonego jako dane adresata).

8. Możliwe jest ustalanie uszczerbku na zdrowiu na podstawie oceny zaocznej tj. bez udziału Ubezpieczonego, przez lekarza orzecznika w oparciu o załączoną do sprawy dokumentację medyczną.

9. W przypadku konieczności uzupełnienia dokumentacji świadczeniowej Ubezpieczyciel informuje upoważnionego pracownika Ubezpieczającego o brakujących dokumentach.

10. Upoważniony pracownik Ubezpieczającego przekazuje informację Ubezpieczonemu i po uzupełnieniu przez niego brakującej dokumentacji przekazuje ją do upoważnionego pracownika Ubezpieczyciela

11. Przygotowanie uzupełnionej dokumentacji odbywa się zgodnie z pkt 4. W piśmie dotyczącym brakującej dokumentacji dane osobowe i adresowe Ubezpieczonego zastępowane są Numerem Identyfikacyjnym Ubezpieczonego.

12. W przypadku odmowy wypłaty świadczenia stanowisko Ubezpieczyciela o odmowie, przekazywane jest upoważnionemu pracownikowi Ubezpieczającego, w zamkniętej kopercie z Numerem Identyfikacyjnym Ubezpieczonego jako dane adresata, którą upoważniony pracownik Ubezpieczającego przekazuje Ubezpieczonemu/Uposażonemu, zgłaszającemu roszczenie.

13. W przypadku odwołania Ubezpieczonego korespondencja powinna być prowadzona za pośrednictwem upoważnionego pracownika Ubezpieczającego, z zachowaniem zasad stosowanych przy przygotowaniu dokumentacji świadczeniowej zgodnie z pkt 4, o ile Ubezpieczony nie wskaże innego sposobu.

14. Przelewów świadczeń dla Ubezpieczonych / Uposażonych z tytułu zgłaszanych zdarzeń Ubezpieczyciel dokonuje na konto Ubezpieczającego.

15. Ubezpieczyciel, na prośbę upoważnionego pracownika Ubezpieczającego, zobowiązany jest przekazać zestawienie (wydruk z systemu do obsługi świadczeń) świadczeń zgłoszonych / wypłaconych w okresie ostatniego miesiąca.