

Αριθμός 222

ΟΙ ΠΕΡΙ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΕΩΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΙΩΝ ΚΑΙ ΆΛΛΩΝ ΣΥΝΑΦΩΝ ΘΕΜΑΤΩΝ ΝΟΜΟΙ
ΤΟΥ 2002 ΕΩΣ 2011

Απόφαση ημερομηνίας 21^{ης} Ιουνίου, 2013 που εκδίδεται από την Έφορο Ασφαλίσεων δυνάμει του άρθρου 21(4) των πιο πάνω Νόμων αναφορικά με τα κριτήρια για την εξέταση αιτιάσεων από τις ασφαλιστικές επιχειρήσεις

Η Έφορος Ασφαλίσεων, αφού έλαβε υπόψη:

- (α) τον Κανονισμό του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της Ε.Ε. υπ' αρ. 1094/2010 της 24^{ης} Νοεμβρίου, 2010 για τη σύσταση της Ευρωπαϊκής Αρχής Ασφαλίσεων και Επαγγελματικών Συντάξεων, και ειδικά το άρθρο 16 του εν λόγω Κανονισμού το οποίο αφορά στην έκδοση από την εν λόγω Αρχή κατευθυντήριων γραμμών και συστάσεων προς αρμόδιες αρχές ή χρηματοοικονομικά ιδρύματα με σκοπό την καθιέρωση συνεπών, αποδοτικών και αποτελεσματικών εποπτικών πρακτικών στο Ευρωπαϊκό Σύστημα Χρηματοοικονομικής Εποπτείας (ΕΣΧΕ) και την εξασφάλιση της κοινής, ομοιόμορφης και συνεπούς εφαρμογής του ενωσιακού δικαίου,
- (β) την Έκθεση της Ευρωπαϊκής Αρχής Ασφαλίσεων και Επαγγελματικών Συντάξεων υπ' αρ. ΒοS – 12/070 της 14^{ης} Ιουνίου, 2012 αναφορικά με τις Βέλτιστες Πρακτικές για την εξέταση αιτιάσεων από τις ασφαλιστικές επιχειρήσεις,
- (γ) τις Κατευθυντήριες Γραμμές για την Εξέταση Αιτιάσεων από τις Ασφαλιστικές Επιχειρήσεις της Ευρωπαϊκής Αρχής Ασφαλίσεων και Επαγγελματικών Συντάξεων που έχουν δημοσιευθεί στις 16 Νοεμβρίου, 2012 στην Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης,
- (δ) το εδάφιο (4) του άρθρου 21 των περί της Άσκησης Ασφαλιστικών Εργασιών και Άλλων Συναφών Θεμάτων Νόμων του 2002-2011, το οποίο προνοεί ότι, με απόφαση του Εφόρου Ασφαλίσεων που δημοσιεύεται στην Επίσημη Εφημερίδα της Δημοκρατίας, δύναται να εξειδικεύονται τα κριτήρια που ο Έφορος θα εφαρμόζει προκειμένου να αποφασίσει εάν μια κυπριακή ασφαλιστική ή ανασφαλιστική επιχείρηση ασκεί τις εργασίες της σύμφωνα με υγιείς ασφαλιστικές αρχές,

αποφάσισε ότι τα πιο κάτω κριτήρια, τα οποία έχει εξειδικεύσει στη βάση των πιο πάνω αναφερόμενων Κατευθυντήριων Γραμμών της Ευρωπαϊκής Αρχής Ασφαλίσεων και Επαγγελματικών Συντάξεων για την εξέταση αιτιάσεων από τις ασφαλιστικές επιχειρήσεις, θα αποτελούν κριτήρια τα οποία θα λαμβάνει υπόψη προκειμένου να κρίνει εάν μια ασφαλιστική επιχείρηση ασκεί τις εργασίες της σύμφωνα με υγιείς ασφαλιστικές αρχές.

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΞΕΤΑΣΗ ΑΙΤΙΑΣΕΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΕΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΙΣ

Για τους σκοπούς των πιο κάτω κριτηρίων,

- Ως αίτωση νοείται:

Το παράπονο ή η δήλωση δυσαρέσκειας που απευθύνεται σε ασφαλιστική επιχείρηση από πρόσωπο το οποίο σχετίζεται με το ασφαλιστήριο συμβόλαιο ή με τις υπηρεσίες ασφάλισης που του παρέχονται. Η εξέταση αιτιάσεων πρέπει να διαφοροποιείται τόσο από την εξέταση απαιτήσεων όσο και από τα απλά αιτήματα που σχετίζονται με την εκτέλεση του συμβολαίου και την παροχή πληροφοριών ή διευκρινίσεων.

- Ως αιτώμενος νοείται:

Το πρόσωπο που εκλαμβάνεται ως έχον τις προϋποθέσεις να εγείρει αίτηση προς εξέταση από ασφαλιστική επιχείρηση και το οποίο έχει ήδη υποβάλει αίτηση, π.χ. αντισυμβαλλόμενος, ασφαλισμένος, δικαιούχος και ζημιωθείς τρίτος.

Κριτήριο 1 - Πολιτική διαχείρισης αιτιάσεων

- (α) Οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις οφείλουν να εφαρμόζουν «πολιτική διαχείρισης αιτιάσεων». Η εν λόγω πολιτική πρέπει να καθορίζεται και να υποστηρίζεται από το Διοικητικό Συμβούλιο της ασφαλιστικής επιχείρησης, το οποίο πρέπει επίσης να φέρει την ευθύνη για την εφαρμογή της πολιτικής και για την παρακολούθηση της συμμόρφωσης προς αυτήν.
- (β) Η «πολιτική διαχείρισης αιτιάσεων» περιέχεται σε γραπτό έγγραφο, π.χ. ως μέρος μιας «γενικής πολιτικής (δικαιής) μεταχείρισης» (η οποία εφαρμόζεται σε υφιστάμενους ή πιθανούς αντισυμβαλλόμενους, ασφαλισμένους, ζημιωθέντες τρίτους, δικαιούχους, κ.λπ.).
- (γ) Η «πολιτική διαχείρισης αιτιάσεων» είναι προσβάσιμο έγγραφο από όλο το αρμόδιο προσωπικό της ασφαλιστικής επιχείρησης μέσω της προσηκούσας εσωτερικής οδού.

Κριτήριο 2 - Λειτουργία διαχείρισης αιτιάσεων

Οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις οφείλουν να διαθέτουν λειτουργία διαχείρισης αιτιάσεων η οποία να επιτρέπει τη δίκαιη διερεύνηση των αιτιάσεων, καθώς και τον εντοπισμό και την άμβλυνση πιθανών συγκρούσεων συμφερόντων.

Μέσα σε τριάντα (30) εργάσιμες ημέρες από την ημερομηνία της δημοσίευσης στην Επίσημη Εφημερίδα της Δημοκρατίας της απόφασης αυτής, οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις οφείλουν να προχωρήσουν στον διορισμό του επικεφαλής της λειτουργίας διαχείρισης αιτιάσεων και να γνωστοποιήσουν αμέσως μετά την ταυτότητα και τα στοιχεία επικοινωνίας του γραπτώς στον Έφορο Ασφαλίσεων. Κάθε μεταγενέστερος διορισμός σε αντικατάσταση του επικεφαλής πρέπει επίσης να γνωστοποιείται άμεσα στον Έφορο.

Ο επικεφαλής της εν λόγω λειτουργίας θα πρέπει να διαθέτει όλα τα μέσα και όλες τις εξουσίες για να επικοινωνεί με τα κατάλληλα κάθε φορά πρόσωπα ή τμήματα της εταιρείας για την άντληση κάθε πληροφορίας αναγκαίας για την ουσιαστική και αντικειμενική διερεύνηση των αιτιάσεων.

Κριτήριο 3 - Καταχώριση

Οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις οφείλουν να καταχωρούν, εσωτερικά, τις παραληφθείσες αιτιάσεις μέσα σε τρεις (3) εργάσιμες ημέρες από την υποβολή τους, σε συγκεντρωτικό Μητρώο και σε αντίστοιχο ξεχωριστό φάκελο. Μετά τη λήψη της αιτίας, η επιχείρηση πρέπει να δίνει γραπτώς στον κάθε αιτώμενο, μέσα σε δύο (2) εργάσιμες ημέρες, βεβαίωση λήψης της αιτίας του. Στον αντίστοιχο φάκελο πρέπει να καταχωρούνται κατά χρονολογική σειρά τα έγγραφα που αφορούν στο χειρισμό κάθε αιτίας.

Στον κάθε φάκελο αιτίας πρέπει κατ' ελάχιστο να καταχωρούνται τα ακόλουθα:

- (α) έγγραφο υποβολής της αιτίας και ημερομηνίας υποβολής της,
- (β) προσωπικά στοιχεία του αιτώμενου,
- (γ) περιγραφή της αιτίας και καταγραφή της αιτίας που προκάλεσε την αιτία,
- (δ) κλάδος ασφάλισης που αφορά την κάθε αιτία,
- (ε) έκβαση της αιτίας π.χ. αν διευθετήθηκε και πώς, αν δεν διευθετήθηκε και αιτιολογία γιατί δεν διευθετήθηκε, αν οδηγήθηκε στη Δικαιοσύνη και το λόγο που οδηγήθηκε στη Δικαιοσύνη,
- (στ) εάν η αιτία προήλθε από κενό ή έλλειψη στις εσωτερικές διαδικασίες της ασφαλιστικής επιχείρησης ή από λανθασμένη εφαρμογή των εσωτερικών διαδικασιών από πρόσωπα που συνδέονται άμεσα ή έμμεσα με τις ασφαλιστικές επιχειρήσεις,
- (ζ) ημερομηνία που έκλεισε ο σχετικός φάκελος.

Κριτήριο 4 - Υποβολή εκθέσεων

Οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις οφείλουν να παρέχουν στον Έφορο Ασφαλίσεων ή και σε άλλη αρμόδια αρχή, όταν και εφόσον τους ζητηθεί, τις πιο κάτω πληροφορίες για τις αιτίσεις που λήφθηκαν κατ' έτος:

- (α) τον συνολικό αριθμό των αιτίσεων που υποβλήθηκαν ,
- (β) αναλυτικά στατιστικά στοιχεία για τον αριθμό των αιτίσεων που υποβλήθηκαν ανά είδος αιτίας, ανά αιτία πρόκλησης και ανά κλάδο ασφάλισης,
- (γ) τον αριθμό των αιτίσεων που διευθετήθηκαν, τον αριθμό των μη διευθετημένων αιτίσεων και τους λόγους για τους οποίους δε διευθετήθηκαν καθώς και τον αριθμό των αιτίσεων που οδηγήθηκαν στη Δικαιοσύνη και το λόγο που οδηγήθηκαν στη Δικαιοσύνη,
- (δ) τον μέσο όρο του χρόνου που απαιτήθηκε για τη διεκπεραίωση των αιτίσεων που διευθετήθηκαν,

Επιπρόσθετα, όταν και εφόσον τους ζητηθεί, οφείλουν να υποβάλλουν στον Έφορο Ασφαλίσεων τα ακόλουθα:

- (α) τον αριθμό των αιτίσεων που προκλήθηκαν από κάποιο κενό ή έλλειψη στις εσωτερικές διαδικασίες της ασφαλιστικής επιχείρησης και ποιά ήταν το διορθωτικό μέτρο που λήφθηκε,
- (β) τον αριθμό των αιτίσεων που προήλθαν από λανθασμένη εφαρμογή των εσωτερικών διαδικασιών και ποιά ήταν το διορθωτικό μέτρο που λήφθηκε.

Κριτήριο 5 - Εσωτερική παρακολούθηση της εξέτασης αιτίσεων

Οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις οφείλουν να αναλύουν, σε διαρκή βάση, τα δεδομένα που αφορούν την εξέταση αιτίσεων, έτσι ώστε να διασφαλίζουν ότι εντοπίζουν και αντιμετωπίζουν τυχόν επαναλαμβανόμενα ή συστημικά προβλήματα και πιθανούς νομικούς και λειτουργικούς κινδύνους, για παράδειγμα:

- (i) αναλύοντας τις αιτίες των επιμέρους αιτίσεων ώστε να εντοπίζουν τη γενεσιουργό κοινή αιτία για κάθε τύπο αιτίσεων,
- (ii) εξετάζοντας εάν οι προαναφερθείσες γενεσιουργές αιτίες επηρεάζουν ενδεχομένως και άλλες διαδικασίες ή προϊόντα, περιλαμβανομένων εκείνων που δεν αναφέρονται ρητά σε κάποια αιτία, και
- (iii) αναλαμβάνοντας διορθωτική δράση επί των προαναφερθεισών γενεσιουργών αιτιών, όπου αυτό κρίνεται εύλογο.

Ο επικεφαλής της εξέτασης αιτίσεων πρέπει να συντάσσει αναφορά προς το Διοικητικό Συμβούλιο της ασφαλιστικής επιχείρησης τουλάχιστον μια φορά ετησίως ή και εκτάκτως εάν κρίνεται αναγκαίο. Στην αναφορά αυτή θα πρέπει να αναλύονται τα δεδομένα που αφορούν την εξέταση αιτίσεων έτσι ώστε τυχόν επαναλαμβανόμενα ή συστημικά προβλήματα και πιθανοί νομικοί και λειτουργικοί κίνδυνοι να εντοπίζονται και να αντιμετωπίζονται.

Κριτήριο 6 - Παροχή πληροφοριών

Οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις οφείλουν:

- (α) κατά την επιβεβαίωση της παραλαβής της εκάστοτε αίτησης, να παρέχουν γραπτές πληροφορίες σχετικά με τη διαδικασία εξέτασης των αιτιάσεων την οποία εφαρμόζουν,
- (β) να δημοσιεύουν αναλυτικά στοιχεία για τη διαδικασία εξέτασης αιτιάσεων την οποία εφαρμόζουν με τρόπο εύκολα προσβάσιμο, π.χ., σε διαφημιστικά έντυπα, φυλλάδια, συμβατικά έγγραφα ή μέσω της ιστοσελίδας της ασφαλιστικής επιχείρησης,
- (γ) να παρέχουν σαφείς, ακριβείς και επικαιροποιημένες πληροφορίες για τη διαδικασία εξέτασης αιτιάσεων, στις οποίες περιλαμβάνονται:
 - (i) αναλυτικά στοιχεία σχετικά με τον τρόπο υποβολής αιτιάσεων (π.χ. το είδος των πληροφοριών που πρέπει να παρέχει ο αιτών, τα στοιχεία ταυτότητας και επικοινωνίας του ατόμου ή του τμήματος προς το οποίο πρέπει να απευθύνει την αίτηση)
 - (ii) η διαδικασία που ακολουθείται για την εξέταση της αίτησης (π.χ. πότε επιβεβαιώνεται η παραλαβή της αίτησης, ενδεικτικά χρονοδιαγράμματα εξέτασης, δυνατότητα προσφυγής σε αρμόδια αρχή, σε Χρηματοοικονομικό Επίτροπο για την εξώδικη επίλυση διαφορών ή σε άλλο εξωδικαστικό μηχανισμό επίλυσης διαφορών, κ.λπ.),
- (δ) να ενημερώνουν τον αιτών για την πορεία της εξέτασης της αίτησης.

Κριτήριο 7 - Διαδικασίες απάντησης σε αιτήσεις

Οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις οφείλουν να:

- (α) μεριμνούν για τη συλλογή και τη διερεύνηση όλων των σχετικών αποδεικτικών στοιχείων και των πληροφοριών που αφορούν την αίτηση,
- (β) επικοινωνούν με τους ενδιαφερόμενους σε απλή και κατανοητή γλώσσα,
- (γ) απαντούν γραπτώς μέσα σε προθεσμία δεκαπέντε (15) εργάσιμων ημερών όταν η λήψη της απόφασης μέσα στην προθεσμία αυτή είναι εφικτή, λαμβανομένων υπόψη όλων των πληροφοριών κάθε αίτησης. Σε αντίθετη περίπτωση, όταν η λήψη απόφασης δεν είναι εφικτή εντός της προβλεπόμενης χρονικής προθεσμίας, οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις πρέπει να ενημερώνουν τον κάθε αιτών για τους λόγους της καθυστέρησης εγγράφως, πριν τη λήξη της προθεσμίας.

Παράλληλα, πρέπει να αναφέρουν το χρονικό διάστημα μέσα στο οποίο υπολογίζουν ότι θα ολοκληρωθεί η εξέταση της αίτησης και να ζητούν τυχόν αποδεικτικά στοιχεία και πληροφορίες που υπολείπονται για την ολοκλήρωση της εξέτασης.

Το επιπλέον χρονικό διάστημα δεν πρέπει να ξεπερνά τις τριάντα (30) εργάσιμες ημέρες από τη λήξη της αρχικής προθεσμίας των δεκαπέντε (15) εργάσιμων ημερών,

- (δ) σε περίπτωση έκδοσης οριστικής απόφασης η οποία δεν ικανοποιεί πλήρως το αίτημα του αιτών, επισυνάπτουν εμπειριστατωμένη αιτιολόγηση της θέσης της ασφαλιστικής επιχείρησης επί της αίτησης και αναφέρουν ρητώς ότι ο αιτών έχει την επιλογή να εμμένει στην αίτησή του, προσφεύγοντας σε οποιουδήποτε εξωδικαστικούς μηχανισμούς επίλυσης διαφορών που υφίστανται στη βάση συγκεκριμένων νομοθεσιών ή στο δικαστήριο. Η συγκεκριμένη απόφαση πρέπει να παρέχεται εγγράφως.

Τα Κριτήρια αυτά δεν εφαρμόζονται όταν μία ασφαλιστική επιχείρηση λαμβάνει αίτηση σχετικά με:

- (i) δραστηριότητες άλλες από εκείνες που ρυθμίζονται κανονιστικά από τις «αρμόδιες αρχές» σύμφωνα με το άρθρο 4 παράγραφος 2 του Κανονισμού υπ' αρ. 1094/2010 της 24^{ης} Νοεμβρίου, 2010 για τη σύσταση της Ευρωπαϊκής Αρχής Ασφαλίσεων και Επαγγελματικών Συντάξεων,
- (ii) τις δραστηριότητες άλλου χρηματοοικονομικού ιδρύματος έναντι του οποίου η συγκεκριμένη ασφαλιστική επιχείρηση δεν έχει νομική ή κανονιστική ευθύνη (και εφόσον οι εν λόγω δραστηριότητες αποτελούν την ουσία της αίτησης).

Εντούτοις, η συγκεκριμένη ασφαλιστική επιχείρηση οφείλει να ανταποκρίνεται, όπου είναι δυνατό, αποσαφηνίζοντας τη θέση της επί της αίτησης ή/και, όπου χρειάζεται, παρέχοντας λεπτομερή στοιχεία για την ασφαλιστική επιχείρηση ή άλλο χρηματοοικονομικό ίδρυμα που είναι αρμόδιο για την εξέταση της αίτησης.