

Ο ΠΕΡΙ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΝΤΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΙΩΝ ΚΑΙ ΆΛΛΩΝ ΣΥΝΑΦΩΝ ΘΕΜΑΤΩΝ ΝΟΜΟΣ ΤΟΥ 2016

Απόφαση ημερομηνίας 21^{ης} Ιουνίου, 2013 του Εφόρου Ασφαλίσεων δυνάμει του άρθρου 21(4) των περί της Ασκήσεως Ασφαλιστικών Εργασιών και Άλλων Συναφών Θεμάτων Νόμων του 2002 έως 2013, όπως τροποποιείται με βάση τον πιο πάνω Νόμο, αναφορικά με τις Οδηγίες 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 (European Insurance and Occupational Pensions Authority- "ΕΙΟΡΑ"), 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 ΕΙΟΡΑ 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 της ΕΙΟΡΑ για την Εξέταση Αιτιάσεων από τις Ασφαλιστικές Επιχειρήσεις που έχουν δημοσιευθεί στις 16 Νοεμβρίου, 2012 στην Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης,
- (δ) το εδάφιο (4) του άρθρου 21 των περί της Ασκήσεως Ασφαλιστικών Εργασιών και Άλλων Συναφών Θεμάτων Νόμων του 2002-2013, 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 αντασφαλιστική επιχείρηση ασκεί τις εργασίες της σύμφωνα με υγιείς ασφαλιστικές αρχές,
- (ε) την παράγραφο (ζ) του εδαφίου (1) του άρθρου 31 του περί Ασφαλιστικών και Αντασφαλιστικών Εργασιών και Άλλων Συναφών Θεμάτων Νόμου του 2016, ο οποίος από τις 11 Απριλίου, 2016 αντικατέστησε τους περί της Ασκήσεως Ασφαλιστικών Εργασιών και Άλλων Συναφών Θεμάτων Νόμους του 2002-2013, και στη βάση αυτή ο Έφορος Ασφαλίσεων έχει εξουσία, μεταξύ άλλων, να εκδίδει Οδηγίες σύμφωνα με τις Κατευθυντήριες Γραμμές και Συστάσεις που εκδίδονται από την ΕΙΟΡΑ,

αποφάσισε ότι οι πιο κάτω Οδηγίες, τις οποίες έχει εξειδικεύσει στη βάση των πιο πάνω αναφερόμενων Κατευθυντήριων Γραμμών της ΕΙΟΡΑ για την εξέταση αιτιάσεων από τις ασφαλιστικές επιχειρήσεις, θα πρέπει να ακολουθούνται από τις ασφαλιστικές επιχειρήσεις.

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΞΕΤΑΣΗ ΑΙΤΙΑΣΕΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΕΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΙΣ

Για τους σκοπούς των πιο κάτω κριτηρίων,

- Ως αιτίαση 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 αιτιώμενος νοείται:

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

Οδηγία 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 (δίκαιης) 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 προσηύκουσας εσωτερικής οδού.

Οδηγία 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.

Οδηγία 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 αιτίασης, η επιχείρηση πρέπει να δίνει γραπτώς στον κάθε αιτιώμενο, μέσα σε δύο (2) εργάσιμες ημέρες, βεβαίωση λήψης της αιτιάσής του. Στον αντίστοιχο φάκελο πρέπει να καταχωρούνται κατά χρονολογική σειρά τα έγγραφα που αφορούν στο χειρισμό κάθε αιτίασης.

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

- α) έγγραφο υποβολής της αιτίασης και ημερομηνίας υποβολής της,
- β) προσωπικά στοιχεία του αιτιώμενου,
- γ) περιγραφή της αιτίασης και καταγραφή της αιτίας που προκάλεσε την αιτίαση,
- δ) κλάδος ασφάλισης που αφορά την κάθε αιτίαση,
- ε) έκβαση της αιτίασης 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 αιτίαση 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.

Οδηγία 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 αιτιάσεις που λήφθηκαν κατ' έτος:

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

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

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

Οδηγία 5 - Εσωτερική παρακολούθηση της εξέτασης αιτιάσεων

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

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

Ο επικεφαλής της εξέτασης αιτιάσεων 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 αιτιάσεων έτσι ώστε τυχόν επαναλαμβανόμενα ή συστηματικά προβλήματα και πιθανοί νομικοί και λειτουργικοί κίνδυνοι να εντοπίζονται και να αντιμετωπίζονται.

Οδηγία 6 - Παροχή πληροφοριών

Οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις οφείλουν:

- α) κατά την επιβεβαίωση της παραλαβής της εκάστοτε αιτίας, 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 αιτώμενος, 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 αιτίας (π.χ. πότε επιβεβαιώνεται η παραλαβή της αιτίας, 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 αιτώμενο για την πορεία της εξέτασης της αιτίας.

Οδηγία 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 αιτίας. Σε αντίθετη περίπτωση,

όταν η λήψη απόφασης δεν είναι εφικτή εντός της προβλεπόμενης χρονικής προθεσμίας, οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις πρέπει να ενημερώνουν τον κάθε αιτώμενο 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 αιτίας 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 αιτώμενου, επισυνάπτουν εμπειριστατωμένη αιτιολόγηση της θέσης της ασφαλιστικής επιχείρησης επί της αιτίας και αναφέρουν ρητώς ότι ο αιτώμενος έχει την επιλογή να εμμένει στην αιτίασή του, προσφεύγοντας σε οποιοσδήποτε εξωδικαστικούς μηχανισμούς επίλυσης διαφορών που υφίστανται στη βάση συγκεκριμένων νομοθεσιών ή στο δικαστήριο. Η συγκεκριμένη απόφαση πρέπει να παρέχεται εγγράφως.

Οι Οδηγίες αυτές 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 ΕΙΟΡΑ,
- (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 αιτίας).

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

ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ

3 Ιανουαρίου, 2017