

მომხმარებელთა პრეტენზიების განხილვის პროცედურა (კონსოლიდირებული)

1. პროცედურა მიზნად ისახავს:

1.1. სს „საქართველოს სადაზღვევო ჯგუფის“ სადაზღვევო პროდუქტებთან დაკავშირებით შემოსული პრეტენზიების ზეპირი, წერილობითი და ელექტრონული ფორმ(ებ)ით მიღება/განხილვის პროცესის დარეგულირებას.

1.2. საქართველოს დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახურის უფროსის 2017 წლის 03 აპრილის „მზღვეველის მიერ სადაზღვევო მომსახურების გაწევისას მომხმარებელისათვის აუცილებელი ინფორმაციის მიწოდების ინსტრუქციის დამტკიცების შესახებ“ N18 ბრძანების მოთხოვნების შესაბამისად, უზრუნველყოს პრეტენზიის დაკმაყოფილების სრული, აუცილებელი, გასაგები, უტყუარი და თავისდროული ინფორმაციის თანმიმდევრული მიწოდება მომხმარებლისთვის.

2. წინამდებარე პროცედურით არ მოხდება პრეტენზიის განხილვა თუ:

2.1. პრეტენზიის მიზეზს წარმოადგენს შეფერხებები მომხმარებლისთვის მომსახურების გაწევისას ან უარი მომსახურების გაწევაზე, რომელიც განპირობებულია „უკანონო შემოსავლის ლეგალიზაციის აღკვეთის ხელშეწყობის შესახებ“ საქართველოს კანონითა და „სადაზღვევო ორგანიზაციებისა და არასახელმწიფო საპენსიო სქემის დამფუძნებლების მიერ ინფორმაციის მიღების, სისტემატიზაციის, დამუშავებისა და საქართველოს ფინანსური მონიტორინგის სამსახურისათვის გადაცემის წესის შესახებ“ დებულების დამტკიცების თაობაზე საქართველოს ფინანსური მონიტორინგის სამსახურის უფროსის ბრძანებით №3 2012 წლის 18 იანვარი.

2.2. მზღვეველს განხილული აქვს იმავე კლიენტის ანალოგიური შინაარსის პრეტენზია.

3. განხილვის პროცედურა:

პრეტენზიის მიღება ხდება მომხმარებლის არჩევანის შესაბამისად, შემდეგი ფორმით: წერილობითი, ელექტრონული ან/და ზეპირი სახით ცხელ ხაზზე.

3.1. მომხმარებლის მხრიდან პრეტენზიის წერილობითი განაცხადი მიიღება სს „საქართველოს სადაზღვევო ჯგუფის“ სათავო ოფისში, მისამართზე: ქ. თბილისი, ფანჯიკიძის ქუჩა N22 „საქართველოს სადაზღვევო ჯგუფი“. განაცხადის ფორმა დანართი N1 ; წერილობით განაცხადის განხილვის შედეგად მიღებული გადაწყვეტილება წერილობით ეგზავნება მომხმარებელს მის მიერ განაცხადში მითითებულ მისამართზე.

3.2. პრეტენზიის დაფიქსირება ელექტრონულად შესაძლებელია ელექტრონული ფოსტის მეშვეობით claim@igg.ge ან ქვემოთ მოცემული ელექტრონული განაცხადის გამოყენებით (იხ.

განაცხადის ფორმა დანართი N2) . ელექტრონული ფოსტის მეშვეობით ან ელექტრონული განაცხადის გამოყენებით დაფიქსირებული პრეტენზიის განხილვის შედეგად მიღებული გადაწყვეტილება ეგზავნება მომხმარებელს იმავე ელექტრონულ მისამართზე, რომლიდანაც იქნა გამოგზავნილი განაცხადი.

3.3. მომხმარებელთა მხრიდან პრეტენზიის დაფიქსირება შესაძლებელია კომპანიის ცხელ ხაზზე ტელ.: 2 244 111, ქოლ ცენტრის ოპერატორის მიერ მომხმარებლის პრეტენზიის შევსების განაცხადის ფორმა დანართი N3. სატელეფონო ფორმით გაცხადებული პრეტენზიის განხილვის შედეგად მიღებული გადაწყვეტილება მომხმარებელს ეცნობება იმავე სატელეფონო ნომერზე ზეპირი შეტყობინების გზით.

3.5. წერილობითი, მათ შორის ელექტრონული სახით შემოსული პრეტენზიები და კომპანიის ცხელი ხაზის მეშვეობით შემოსული პრეტენზიები აკუმულირდება მომხმარებელთა უფლებების დაცვისა და ხარისხის კონტროლის განყოფილებაში. წერილობით შემოსული დოკუმენტაცია გადაეცემა მომხმარებელთა უფლებების დაცვისა და ხარისხის კონტროლის განყოფილებაში ; ელექტრონულად შემოსულ განაცხადებზე ასევე აკუმულირდება მომხმარებელთა უფლებების დაცვისა და ხარისხის კონტროლის განყოფილებაში, რომელიც აკონტროლებს ელექტრონული პრეტენზიების მიღებისათვის განკუთვნილ ელექტრონულ მისამართს claim@igg.ge , ზეპირი სახით ცხელ ხაზზე შემოსული პრეტენზიები ცხელი ხაზის ოპერატორის მიერ შევსებული განაცხადის ფორმით იგზავნება ელექტრონულ მისამართზე claim@igg.ge მომხმარებელთა უფლებების დაცვისა და ხარისხის კონტროლის განყოფილებაში.

3.6. მომხმარებელთა უფლებების დაცვისა და ხარისხის კონტროლის განყოფილება შესაბამის დეპარტამენტებზე ანაწილებს მიღებულ პრეტენზიებს, კოორდინაციას უწევს მზღვეველის მხრიდან გასატარებელ ღონისძიებებს, წერილობითი პასუხების მომზადებას და პრეტენზიის განმცხადებელ პირებზე გადაგზავნას. შესაბამისი დეპარტამენტი განიხილავს პრეტენზიას არაუგვიანეს 2 კვირისა და მიღებულ გადაწყვეტილებას უგზავნის მომხმარებელთა უფლებების დაცვისა და ხარისხის კონტროლის განყოფილებას ელექტრონულ მისამართზე claim@igg.ge, რომელიც უზრუნველყოფს მომხმარებლისათვის პრეტენზიის განხილვის შედეგად მიღებული გადაწყვეტილების მიწოდებას 31.; 3.2. და 3.3. პუნქტებით განსაზღვრული წესის შესაბამისად.

3.7. სამედიცინო დაზღვევის საკითხზე წარმოდგენილი პრეტენზიების განხილვასა და გადაწყვეტილებების მიღებას ხელმძღვანელობს **სამედიცინო დაზღვევის დირექტორი,**

3.8. არასამედიცინო დაზღვევის პროდუქტებთან დაკავშირებული პრეტენზიების განხილვასა და გადაწყვეტილების მიღებას ხელმძღვანელობს **ადმასრულებელი დირექტორი.**

3.9. ისეთი პრეტენზიები, რომლებიც არ უკავშირდება სადაზღვევო პროდუქტს (მომსახურება) განიხილავს თავად **მომხმარებელთა უფლებების დაცვისა და ხარისხის კონტროლის განყოფილება.**

3.9. პრეტენზიის მიღების, განხილვისა და მომხმარებლისათვის პასუხის გაცემის მაქსიმალური ვადაა არაუმეტეს 30 კალენდარული დღისა პრეტენზიის მიღებიდან.

3.10. მომხმარებლის წერილობითი მოთხოვნის შემთხვევაში მისი პრეტენზიის შესწავლის საქმის მასალები მომხმარებელს გადაეცემა მოთხოვნის მიღებიდან არაუმეტეს 5 სამუშაო დღისა მესამე პირთა პერსონალური მონაცემებისა და კონფიდენციალური ინფორმაციის დაცვის გათვალისწინებით განაცხადში მითითებულ ელექტრონულ მისამართზე ან საცხოვრებელ მისამართზე მომხმარებელთან წინასწარ შეთანხმებული ფორმით.

3.11. მომხმარებელს პრეტენზიის განხილვის შედეგები ეცნობოს არაუმეტეს პრეტენზიის მიღებიდან 30 კალენდარული დღის განმავლობაში 3.1; 3.2 და 3.3. პუნქტებით დადგენილი ფორმით.

4. მომხმარებელთა პრეტენზიების აღრიცხვის წესი

4.1. სს „საქართველოს სადაზღვევო ჯგუფში“ შემოსული და განხილული მომხმარებელთა პრეტენზიების შესახებ ინფორმაციისა და სტატისტიკური მონაცემების გაერთიანებული სახით აღრიცხვას ახორციელებს მომხმარებელთა უფლებების დაცვისა და ხარისხის კონტროლის განყოფილება.

4.2. მზღვეველის მიერ მომხმარებლების პრეტენზიები რეგისტრირდება მომხმარებელთა უფლებების დაცვისა და ხარისხის კონტროლის განყოფილების მიერ, ყველა განაცხადს (წერილობითს, ელექტრონულსა და სატელეფონოს) მიენიჭება სარეგისტრაციო კოდი.

5. მომხმარებლის განცხადების/გამოხატული უკმაყოფილების პრეტენზიად დაკვალიფიციცირების კრიტერიუმები:

5.1. პრეტენზიის რეგისტრაციიდან ერთ სამუშაო დღეში მომხმარებელთა უფლებების დაცვისა და ხარისხის კონტროლის განყოფილების უფროსი იღებს გადაწყვეტილებას წარმოდგენილი განცხადების/უკმაყოფილების პრეტენზიად დაკვალიფიციცირებისა და განხილვის საქმის წარმოების დაწყების თაობაზე და ანიჭებს შესაბამის კატეგორიას ან წარმოდგენილი განცხადების/უკმაყოფილების პრეტენზიად დაკვალიფიციცირებაზე უარის თქმისა და განცხადების/უკმაყოფილების განუხილველად დატოვების შესახებ.

5.2. მომხმარებლის განცხადება/გამოხატული უკმაყოფილება პრეტენზიად არ დაკვალიფიციცირდება და მომხმარებლის განცხადება/უკმაყოფილება დარჩება განუხილველი 2-ე მუხლით გათვალისწინებულ შემთხვევებში.

5.3. პრეტენზიად დაკვალიფიციცირდება მომხმარებლის განცხადება/გამოხატული უკმაყოფილება ყველა იმ შემთხვევაში, როდესაც განცხადება/გამოხატული უკმაყოფილება ეხება :

ა) განცხადება უკავშირდება სადაზღვევო ანაზღაურების თაობაზე მზღვეველის გადაწყვეტილებას და მოთხოვნილია მისი სრულად ან ნაწილობრივ ცვლილება, შესაბამისი დასაბუთების წარმოდგენა ან/და სხვა მიზნით გადახედვა (კატეგორია I);

ბ) განცხადება უკავშირდება სადაზღვევო ხელშეკრულების მოქმედების პერიოდში/მისი დასრულების შემდგომ, მომსახურებასთან დაკავშირებული ხარვეზის აღმოფხვრას ან/და სხვა მასთან დაკავშირებულ საკითხთან მიმართებით უკმაყოფილებას, მათ შორის, უკმაყოფილება ცხელი ხაზის საქმიანობასთან, მზღვეველის თანამშრომლის/წარმომადგენლის საქმიანობას ან/და მის მიერ გაწეულ კონსულტაციასთან დაკავშირებით და სხვ.(კატეგორია II);

გ) განცხადება უკავშირდება მოთხოვნას ინფორმაციის/დოკუმენტაციის მიწოდებასთან/მიუწოდებლობასთან დაკავშირებით (კატეგორია III);

დ) განცხადება უკავშირდება ნებისმიერ სხვა სახელშეკრულებო მოთხოვნას (გარდა ამ პუნქტის „ა“, „ბ“ და „გ“ ქვეპუნქტებით გათვალისწინებული შემთხვევებისა და სადაზღვევო ანაზღაურების გაცემის თაობაზე პირველადი მოთხოვნისა) (კატეგორია IV);

5.4. ელექტრონული ფორმით პრეტენზიის მიღებისას, პრეტენზიის განმცხადებელს ელექტრონულად უნდა დაუდასტურდეს პრეტენზიის მიღება;

5.5. მზღვეველის მიერ გაცემული პრეტენზიის შესწავლის შედეგები უნდა მოიცავდეს არგუმენტირებულ დასაბუთებას და შესაძლებლობის შემთხვევაში პრეტენზიის რეგულირების პრობლემის შეთავაზებას;

5.6. დოკუმენტების შენახვის კანონმდებლობით გათვალისწინებული ვადის განმავლობაში შენახულ იქნეს მიღებული პრეტენზიების შესახებ განახლებული მონაცემები (ჩანაწერები), რომელიც უნდა შეიცავდეს შემდეგ სავალდებულო ინფორმაციას: პრეტენზიის განმცხადებელი მომხმარებლის შესახებ მონაცემებს, პრეტენზიის ხასიათს, მზღვეველის პასუხის შინაარსს, პრეტენზიაში დაფიქსირებული პრობლემის გადაჭრისათვის განხორციელებულ ღონისძიებებსა და საბოლოო შედეგს;

5.7. ამ პუნქტის „5.5“ ქვეპუნქტში მითითებული ინფორმაცია და შესაბამისი არგუმენტირებული დასაბუთება, პრეტენზიის რეგულირების პროცედურულ ან/და შინაარსობრივ საკითხებთან მიმართებით (მოთხოვნის შესაბამისად), ასევე იმ ექსპერტის მოსაზრების (ასეთის არსებობის შემთხვევაში), პროცედურებისა და მეთოდოლოგიის აღწერილობასთან დაკავშირებით, რომელთა გამოყენებითაც მოხდა პრეტენზიის შესწავლა და მითითებული გარემოებების გამოკვლევა, მიეწოდოს მომხმარებელს 5 სამუშაო დღის ვადაში მოთხოვნის შემთხვევაში ან/და საქართველოს დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახურს, სამსახურის მიერ განსაზღვრული ვადის დაცვით.

5.8. ამ პროცედურით განსაზღვრული ვალდებულებები არ ვრცელდება მზღვეველზე იმ შემთხვევაში, თუ:

ა) მზღვეველს განხილული აქვს იმავე მომხმარებლის იმავე მოთხოვნაზე პრეტენზია;

ბ) პრეტენზიის მიზეზს წარმოადგენს შეფერხებები მომხმარებლისთვის მომსახურების გაწევისას ან უარი მომსახურების გაწევაზე, რომელიც განპირობებულია „უკანონო შემოსავლის ლეგალიზაციის აღკვეთის ხელშეწყობის შესახებ“ საქართველოს კანონითა და „სადაზღვევო ორგანიზაციებისა და არასახელმწიფო საპენსიო სქემის დამფუძნებლების მიერ ინფორმაციის მიღების, სისტემატიზაციის, დამუშავებისა და საქართველოს ფინანსური მონიტორინგის სამსახურისათვის გადაცემის წესის შესახებ“ დებულების დამტკიცების თაობაზე საქართველოს ფინანსური მონიტორინგის სამსახურის უფროსის ბრძანებით №3 2012 წლის 18 იანვარი.