

Несмотря на постоянно растущий интерес к страховым продуктам в России, во взаимоотношениях между страховщиком и клиентом процесс урегулирования убытков все еще остается своего рода камнем преткновения. Как выглядит идеальная схема такого урегулирования? Клиент должен уведомить страховую компанию о наступлении события, имеющего признаки страхового случая. Страховщик проверяет покрытие, рассматривает предоставленные страхователем документы и назначает эксперта для оценки ущерба, который определит сумму страхового возмещения. После признания случая страховым и получения всех документов страховщик выплачивает возмещение.

Что же происходит в реальной жизни? Клиенту и страховой компании, к сожалению, не всегда удается найти общий язык, а схема урегулирования убытка зачастую не столь проста и логична.

Бывает, что одно и то же понятие каждая сторона трактует по-своему, поэтому все спорные и неоднозначные моменты необходимо прояснить еще на этапе обсуждения условий страхового договора и оформления полиса. Самый яркий пример – срок выплаты возмещения. Отводимое на нее количество дней всегда указано в договоре, но клиент может начать их отсчитывать с момента своего звонка в страховую компанию, а страховщик – только с той даты, когда был предоставлен пакет обязательных документов, проведен осмотр поврежденного имущества, оценен ущерб и произведен расчет стоимости ремонта. И клиенту, и страховщику очень важно уточнить все нюансы заключаемого договора непосредственно в момент продажи полиса – это поможет снизить риск недопонимания и избежать множества проблем.

Бывает, стороны говорят на разных языках, что может привести к конфликтным ситуациям. Наиболее часто приходится сталкиваться с недостаточной информированностью клиента, когда он не знает, как ему следует действовать при наступлении страхового события. Случается, клиент сначала чинит поврежденную машину и только потом звонит в страховую компанию с требованием выплатить ему страховое возмещение. Страховщик, не имея документального подтверждения, вынужден такому клиенту отказать. Другая распространенная ошибка – клиент не знает о своих обязательствах, прописанных в законе и договоре страхования. В нашей практике был забавный инцидент, когда клиент позвонил и сказал: «У меня страховая «каска», которая покрывает все без справок, поэтому никакие документы я собирать не намерен, а вы перечислите мне деньги на счет». Также страхователь может заблуждаться относительно своих прав и обязанностей. В качестве примера – еще один курьезный случай: клиент, имеющий полис добровольного медицинского страхования, обратился в колл-центр в последний день действия договора и спросил, где он может

получить всю страховую сумму, указанную в полисе, – 1 млн руб., поскольку в течение года обращений в медицинское учреждение по полису у него не было.

Страховые компании также не идеальны. Наиболее часто встречается размывание ответственности за результат, когда с клиентом работает сразу несколько сотрудников, каждый из которых отвечает только за свой участок, и при этом никто конкретно не отвечает за конечный результат. Нередко страхователи сталкиваются с отсутствием возможности напрямую общаться с сотрудниками, принимающими решение, поскольку «прорваться» дальше сотрудников колл-центра просто физически невозможно. Еще одна реалья нашего бизнеса – в погоне за экономией страховые компании сокращают персонал до минимума, в результате чего на оставшихся сотрудников приходится гораздо больший объем работы, они часто работают на износ, задерживаются допоздна, а эффективность их труда и заинтересованность в клиентах падает. Это приводит к кадровой текучке, а следовательно, набору новых, менее опытных сотрудников, которые просто не в состоянии оказать клиенту квалифицированную помощь.

Другой немаловажный вопрос, стоящий перед российскими страховщиками: как оптимизировать процесс урегулирования убытков по времени? Во-первых, должны быть автоматизированы все процессы, установлены сроки исполнения каждого отдельного процесса, должно контролироваться выполнение сроков. Менеджер должен принимать управленческие решения по оптимизации за счет либо перестройки процессов, либо найма дополнительных ресурсов, либо повышения квалификации персонала. Во-вторых, необходимо обеспечить клиента информацией о том, как происходит процесс урегулирования, какова роль его самого, что от него потребуется и т.д. В-третьих, нужно сократить бюрократический процесс. Например, страховому рынку очень мешает «требование к оригиналам». Куда бы мы ни обратились, всюду требуются оригиналы либо нотариально заверенные копии, перевязанные ленточками, пронумерованные, прошитые и опечатанные. Эти ленточки с печатями невероятно радуют иностранцев, которые говорят, что о таком только читали, и то в романах Диккенса, а воочию увидели в XXI в. в России. Для них это эра королевы Виктории, а для нас с вами – норма сегодняшнего дня.

Страховщики, как и клиенты, хотят, чтобы требования к документам, необходимым для урегулирования убытков, упрощались. Уверена, что это следующий этап взросления страховых компаний в России, и от нас всех зависит, как скоро он наступит.

Источник: Vedomosti.ru , 29.08.14

**Автор: Суханова Е., руководитель по урегулированию убытков физических лиц
AIG в России**