



CLAIMS INTERNAL RULES ACCIDENT AND ILLNESS

GROUPAMA ZASTRAHOVANE EAD, GROUPAMA ZHIVOTOZASTRAHOVANE EAD

<p>Maintenance of the document Number, C02 18.3.1 Confidentiality: xxx</p> <p>Reviewer Dobrinka Georgieva, Director Technical Operations Tihomir Minchev Procurator/CFO Celine Bolard Executive Director</p> <p>Validation Board of Directors Members</p> <p>Dispatch Date, From, To xxx</p> <p>Updates Date / by 2022.12 xxx 2021.12 xxx</p>	<p>Поддръжка на документа Номер, C02 18.3.1 Поверителност: хх</p> <p>Рецензент Добринка Георгиева, Директор ТО Тихомир Минчев Прокуриснт/финансов директор Изпълнителен директор Селин Болард</p> <p>Валидиране Членове на Съвета на директорите</p> <p>Дата на изпращане, от, до xxx</p> <p>Дата на актуализиране / от 2022.12 Ревизия на хх 2021.12 Ревизия на хх</p>
---	---

GENERAL RULES

1. Internal rules governing liquidation service insurance contracts in accordance with general and / or special conditions "Accident and illness" insurance, regulate processes of claims, collection of evidence to establish their ground and size assessment of damages and determining the amount of insurance compensation, payment by consumers of insurance services and complaints submitted by them.

2. Internal rules governing liquidation service insurance contracts in accordance with general and / or special conditions "Accident and illness" insurance, are designed to ensure quick, transparent and equitable settlement of claims under insurance contracts.

3. In considering cases of damages and the determination and payment of claims for insurance "Accident" are met:

- Insurance Code;
- Commercial law / common area /
- Law of inheritance;
- Ordinance on compulsory insurance;
- General and special conditions of insurance and
- Current guidelines

4. The present Rules shall apply to claims for insurance " Accident and illness" so far in general and / or specifically provided otherwise.

5. Insurer may adopt guidelines and other internal acts complementary effects of these internal rules.

6. Claims for payment of claims are accepted and recorded only in the Central Office of the Insurer "Groupama Insurance" EAD Department "Travel Assistance, Accident, Health and Financial losses".

7. Depending on the terms of the insurance contract concluded and the selected coatings insurer paid claims and / or costs in case of:

- 7.1. Death due to accident;
- 7.2. Permanent disability due to accident;
- 7.3. Temporary disability due to accident;
- 7.4. Other risks covered.

II. PROCEDURE FOR FORMATION AND EXAMINATION OF FILES IN DAMAGES.

ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Вътрешните правила за изпълняване на ликвидационна услуга по застрахователни договори, сключени в съответствие с Общите и/или Специалните условия по застраховка „Злополука и Заболяване“, регламентират процесите по приемане на претенции, събиране на доказателства за установяване на тяхното основание и размер, оценяване на причинените вреди и определяне на размера на застрахователното обезщетение, разплащане с потребителите на застрахователни услуги и разглеждане на жалби, подадени по тях.

2. Вътрешните правила за изпълняване на ликвидационна услуга по застрахователни договори, сключени в съответствие с Общите и/или Специалните условия по застраховка и „Злополука и Заболяване“, „целят да се гарантира бързо, прозрачно и справедливо уреждане на претенции по застрахователни договори.

3. При разглеждането на преписки по щети и определянето и изплащането на застрахователни обезщетения по застраховка „Злополука“, се спазват:

- Кодекс за застраховането;
- Търговски закон /обща част/;
- Закон за наследството;
- Наредбата за задължителното застраховане;
- Общите и Специални условия на застраховките и
- Настоящите указания.

4. Настоящите Вътрешни правила се прилагат по отношение уреждане на претенции по застраховка „Злополука и Заболяване“, дотолкова, доколкото в Общите и/или Специалните не е предвидено нещо друго.

5. Застрахователят може да приема указания и други вътрешни актове, допълващи действието на настоящите вътрешни правила.

6. Претенции за изплащане на застрахователни обезщетения се приемат и завеждат само в Централно управление на Застрахователя „Групама Застраховане“ ЕАД, Отдел „Уреждане на претенции“.

7. В зависимост от условията на сключения застрахователен договор и на избраните покрития, Застрахователят изплаща застрахователни обезщетения и/или суми в случай на:

- 7.1. Смърт вследствие злополука;
- 7.2. Трайно намалена работоспособност вследствие злополука или заболяване (ТНР);
- 7.3. Временна неработоспособност вследствие злополука или заболяване (ВН);
- 7.4. Други покрити рискове.

II. ПРОЦЕДУРА ЗА ОБРАЗУВАНЕ И РАЗГЛЕЖДАНЕ НА ПРЕПИСКИ ПО ЩЕТИ.

<p>1. In making claims for payment of insurance compensation, the Insurer shall submit a written application (template, Annex № 1).</p> <p>1.1. The application is completed accurately the data of the Insured, and detailing the circumstances and reasons when and why the event occurred, first responders, the treatment etc.</p> <p>1.2. The application data is entered it on the floor (if not submitted personally by the Insured) and the names of persons who are entitled to receive compensation insurance. In an inventory of the documents noted each attached to the application document, such as those that are not explicitly mentioned describes further</p> <p>1.3. In case you need to submit additional documents, they are entered in the rows for additional documents. Employee of the insurer is required to make a copy of the application and provide a copy of its to beneficiary.</p> <p>2. Officer of the Insurer who accepts documents checked:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accuracy and completeness of data entered; • The validity of the insurance contract; • The rights of the person under the insurance contract (whether it is in the group of insured persons and beneficiaries); • The conformity of the documents submitted with the Insurer. <p>3. After receiving the documents, the statement must be filed with the registration number and date, used to authenticate the claim filed and the date of filing of the damage.</p> <p>4. Insurer registered in the Register any claim of damages under the insurance. Registration of damage is done to the Central Office of Groupama Insurance plc. The work process consists of the following phases:</p> <ul style="list-style-type: none"> • registration of the damage; • calculation of indemnity; • specification of payment; • approval of payment; • archiving. <p>5. The insurer recorded damage in the electronic register of damage "Accident or Illness" insurance and information system INSIS. Every register kept for that calendar year.</p>	<p>1. При предявяване на претенции за изплащане на застрахователно обезщетение, пред Застрахователя се подава писмено Заявление (по образец, Приложение № 1).</p> <p>1.1. В Заявлението се попълват точно данните на Застрахования, както и подробно се описват обстоятелствата и причините, при и поради които е настъпило събитието, оказаната първа помощ, проведеното лечение и т.н.</p> <p>1.2. В Заявлението се вписват данните на подалия го (когато не се подава лично от Застрахования) и имената на лицата, които имат право да получат застрахователното обезщетение. В опис на представените документи се отбелязва всеки, приложен към Заявлението документ, като тези, които не са изрично упоменати се дописват на определените за целта редове.</p> <p>1.3. В случай, че се налага да се представят допълнителни документи, същите се вписват на редовете за допълнителни документи. Служителят на Застрахователя е длъжен да направи копие на Заявлението и предостави копието на подаващото я лице.</p> <p>2. Служителят на Застрахователя, който приема документите, проверява:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Верността и пълнотата на вписаните данни; • Валидността на застрахователния договор; • Правата на лицето по застрахователния договор (дали е в групата на застрахованите и ползващи лица); • Съответствието на представените документи с изискванията на Застрахователя. <p>3. След приемане на документите, Заявлението задължително се завежда с входящ номер и дата, служещи за удостоверяване на постъпила претенция и за дата на завеждане на щетата.</p> <p>4. Застрахователят регистрира всяка претенция в Регистър на щетите по застраховката. Регистрацията на щета се извършва в Централно управление на Групама Застраховане ЕАД. Работният процес се състои от следните фази:</p> <ul style="list-style-type: none"> • регистрация на щета; • изчисляване на обезщетението; • уточняване на плащане; • утвърждаване на плащане; • архивиране. <p>5. Застрахователят регистрира щетата в електронния Регистър на щети по застраховка „Злополука и Заболяване“ и информационна система ИНСИС. Всеки Регистър се води за календарна година.</p>
---	---

6. The number of the liquidation case is a unique number consisting of 11 characters, as follows:

AAAA YY NNNNN, where:

AAAA - the number of the product;

YY - last two digits of the year of filing of the damage;

NNNNN - serial number of the damage in this product for the calendar year.

This number is automatically generated by an information system INSIS for your algorithm.

7. When filing a damage responsible officer checked the insurance policy / certificate in information system INSIS, record the damage to the system on the day of filing and record numbers in the electronic register.

8. Upon registration of the claim case in a retrieval system INSIS, the employee should indicate the outstanding claims reserve for the case. Indicate the approximate expected size of the benefit in the risk, and if not known - initially, the maximum amount of compensation under the relevant risks.

9. In the process of completing the case every document filed in an incoming document flow register and then apply to case in order of receipt.

10. Documents other than those required when filing an injury may require additional via email or letter.

11. Employees who registered claims and accept documents HAS NOT RIGHT TO REFUSE in any form - orally or in writing, register the claim and / or payment of insurance compensation.

12. When a conflict of interest in filing and / or processing of the damage, it must be reported immediately to the Executive Director giving directions for the further distribution of the damage.

III. DOCUMENTS REQUIRED TO COMPLETE THE CASE

1. When making an insurance claim in all cases shall be reported:

1.1. Application (template). In all cases, the insurer may not refuse to accept

6. Номерът на ликвидационната преписка е уникален номер, състоящ се от 11 символа, както следва:

AAAA YY NNNNN, където:

AAAA – номерът на продукта;

YY – последните две цифри на годината на завеждане на щетата;

NNNNN – поредният номер на щетата по този продукт за календарната година.

Този номер се генерира автоматично от информационна система ИНСИС по зададения алгоритъм.

7. При завеждане на щета отговорният служител проверява застрахователната полица/Сертификат в информационната система INSIS, регистрира щетата в системата в деня на завеждането и вписва номера в електронния Регистър.

8. При регистрация на щетата в информационна система ИНСИС, служителят следва да посочи и резерв за предстоящи плащания по щетата. Посочва се приблизителният очакван размер на обезщетението по съответния риск, а ако не е известен – първоначално се посочва максималният размер на обезщетение по съответния риск.

9. В процеса на окомплектоване на щети, всеки постъпил по щетата документ се завежда във входящия деловоден регистър, след което се прилага към щетата по реда на постъпването.

10. Документи, различни от изисканите при завеждане на щетата, могат да се изискват допълнително по електронен път (имейл) или с писмо.

11. Служители, които завеждат щети и приемат документи **НЯМАТ ПРАВО ДА ОТКАЗВАТ** под каквато и да било форма – устно или писмено, завеждане на щета и/или изплащане на застрахователно обезщетение.

12. При установен конфликт на интереси при завеждане и/или обработка на щета, същият трябва да бъде докладван незабавно на Изпълнителния директор за даване на указания за по-нататъшното разпределение на щетата.

III. НЕОБХОДИМИ ДОКУМЕНТИ ЗА ОКОМПЛЕКТОВАНЕ НА ПРЕПИСКИ

1. При предявяване на застрахователна претенция във всички случаи се представят:

1.1. Заявление (по образец). Във всички случаи, Застрахователят не може да откаже да приеме предявена от

<p>claimed by the injured person written claim for payment of compensation made in free form;</p> <p>1.2. . Insurance policy/Certificate or other document attesting to the existence of insurance.</p> <p>1.2.1. <i>for individual insurance and insurance of household members</i> - original insurance contract that fits on the number of formed damage. Filing of damage can be done without an original insurance contract with the permission of the Head Office, which requires the person entitled to sign a written declaration with free text in which the reasons given for the failure of the contract;</p> <p>1.2.2. <i>for group insurance with a list of names</i> - a list of insured persons;</p> <p>1.2.3. <i>for group insurance without a list of insured persons</i> - a certificate from the insured / employer certifying that at the time of occurrence of the insured event the person is in the group of policyholders.</p> <p>1.3. Act of accident or other proof of the event.</p> <p>1.3.1. <i>accident at work</i> - Order of NSSI Privacy accident by the employer and the Protocol for the investigation of the accident.</p> <p>1.3.2. <i>Traffic Accidents</i> - Protocol accidents.</p> <p>1.3.3. <i>for events with minors</i> - Birth Certificate.</p> <p>1.4. Other documents at the discretion of the Insurer, contributing to the establishment of the insured event and the amount of the payment.</p> <p>2 For payment of sum insured in case of death of the Insured, unless the documents under 1 users persons present:</p> <p>2.1. Excerpt from Death - a certified photocopy of print and the words "true copy" signed by the representative of the holder of the original document;</p> <p>2.2. Death notice - a certified photocopy of print and the words "true copy" signed by the representative of the holder of the original document;</p> <p>2.3. Heirs certificate (original) - when beneficiaries are legal heirs.</p>	<p>увреденото лице писмена претенция за изплащане на обезщетение, направена в свободна форма;</p> <p>1.2. Застрахователна полица/Сертификат или друг документ, удостоверяващ наличието на сключена застраховка.</p> <p>1.2.1. <i>при индивидуални застраховки и застраховки на членовете на домакинства</i> - оригинал на застрахователен договор, върху който се вписва номера на образуваната щета. Завеждане на щета може да се извърши без представяне на оригинал на застрахователен договор с разрешение от ЦУ, за което е необходимо правоимащото лице да подпише писмена декларация със свободен текст, в която да бъдат посочени причините за непредставяне на договора;</p> <p>1.2.2. <i>при групови застраховки с поименен списък</i> - списък на застрахованите лица;</p> <p>1.2.3. <i>при групови застраховки без списък на застрахованите лица</i> - служебна бележка от Застрахователя/работодателя, удостоверяваща че към момента на настъпване на застрахователното събитие лицето е в групата на застрахованите.</p> <p>1.3. Акт за злополука или друг документ, удостоверяващ събитието.</p> <p>1.3.1. <i>при трудова злополука</i> - Разпореждане на НОИ, Декларация за трудова злополука от Работодателя и Протокол за разследване на злополуката.</p> <p>1.3.2. <i>при ПТП</i> - Протокол за ПТП.</p> <p>1.3.3. <i>при събития с малолетни и непълнолетни лица</i> - Удостоверение за раждане.</p> <p>1.4. Други документи по преценка на Застрахователя, допринасящи за установяване на застрахователното събитие и размера на плащането.</p> <p>2 За изплащане на застрахователна сума при смърт на Застрахования, освен документите по т. 1, ползващите лица представят:</p> <p>2.1. Препис-извлечение от Акт за смърт - заверено фотокопие, с печат и текста "Вярно с оригинала" с подпис на представител на държателя на оригиналния документ;</p> <p>2.2. Съобщение за смърт - заверено фотокопие, с печат и текста "Вярно с оригинала" с подпис на представител на държателя на оригиналния документ;</p> <p>2.3. Удостоверение за наследници (оригинал) - когато ползващите лица са законните наследници.</p>
--	---

<p>3. Payment of insurance compensation for permanent disability of the insured, unless the documents under 1 Insured presents:</p> <p>3.1. Expert Statement of TEMC or NEDC (or a notarized copy) certifying permanent disability, and the beginning and duration of permanent disability.</p> <p>3.2. All prior decisions of the TEMC or NEDC as initial certification and subsequent re-certification, regardless of what illness and / or injury defined percentage TPD.</p> <p>3.3. Sick leave, medical history, tests and other medical records from hospitals registered under the hospitals;</p> <p>3.4. Personal medical card;</p> <p>3.5. Current medical consultation about current condition of the person to date of certification.</p> <p>4. For payment of insurance compensation for temporary disability of the Insured, unless the documents under 1 Insured presents:</p> <p>4.1. Personal medical card;</p> <p>4.2. Ambulatory sheets, medical history and other medical records from hospitals registered under the hospitals;</p> <p>4.3. Hospital Sheets and Solutions TEMP / NEDC for the duration of temporary disability, if any.</p> <p>4.3.1. To prove the temporary disability of sick leave, sick leave in the series has only one primary and the other to be a continuation. An exception is made in cases where the treatment is carried out in various medical units without interruption.</p> <p>4.3.2. The first day of primary medical certificate must be within one month from the date of injury.</p> <p>4.3.3. <i>for students and children in kindergartens</i> is filled Statement of the treating physician data on temporary disability (template, Annex № 2) by the doctor that fits number of medical journal, diagnosis and duration of incapacity. The opinion shall be signed and stamped by the doctor and stamped (round) of the hospital. . If the duration of incapacity for more than 20 days, a report is issued and formed by at least two members of the MCC.</p>	<p>3. За изплащане на застрахователно обезщетение за трайно намалена работоспособност на Застрахования, освен документите по т. 1, Застрахованият представя:</p> <p>3.1. Експертно решение на ТЕЛК или НЕЛК (или негово нотариално заверено копие), удостоверяващо трайно намалена работоспособност, както и началото и срока на трайно намалена работоспособност.</p> <p>3.2. Всички предшествващи решения на ТЕЛК или НЕЛК, както първичното освидетелстване, така и следващи преосвидетелствания, независимо за какви заболявания и/или злополуки е определен процента ТНР.</p> <p>3.3. Болнични листове, епикризи, изследвания и други медицински документи от лечебни заведения, регистрирани по Закона за лечебните заведения;</p> <p>3.4. Личен амбулаторен картон;</p> <p>3.5. Актуална медицинска консултация за състоянието на пострадалото лице към датата на освидетелстването.</p> <p>4. За изплащане на застрахователно обезщетение за временно намалена работоспособност на Застрахования, освен документите по т. 1, Застрахованият представя:</p> <p>4.1. Личен амбулаторен картон;</p> <p>4.2. Амбулаторни листове, Епикризи и други медицински документи от лечебни заведения, регистрирани по Закона за лечебните заведения;</p> <p>4.3. Болнични листове и Решения на ТЕЛК/НЕЛК за продължаване на временна неработоспособност, ако има такива.</p> <p>4.3.1. При удостоверяване на временната неработоспособност с болнични листове, в поредицата болнични листове трябва да има само един първичен, а останалите да са негово продължение. Изключение се допуска в случаите, когато лечението се провежда в различни медицински звена, без прекъсване.</p> <p>4.3.2. Първият ден на първичния болничен лист трябва да бъде до един месец от датата на злополуката.</p> <p>4.3.3. <i>за учащи и деца от детски градини и ясли</i> се попълва Становище на лекуващия лекар с данни за временната неработоспособност (по образец, Приложение № 2) от лекуващия лекар, който вписва номер на амбулаторния журнал, диагноза и времетраенето на неработоспособността. Становището се</p>
---	---

<p>5. To pay compensation for hospitalization, unless the documents under item 1, are:</p> <p>5.1. Medical history / and hospital stay;</p> <p>5.2. Sheets and other outpatient medical records from hospitals registered under the hospitals;</p> <p>5.3. . Hospital Sheets and Solutions TEMP / NEDC for the duration of temporary reduced work capacity, if any.</p> <p>6. Other documents</p>	<p>подписва и подпечатва от лекуващия лекар и се заверява с печат (кръгъл) на здравното заведение. Ако времетраенето на неработоспособността е над 20 дни, Сведението се издава и оформя от най-малко двама членове на ЛКК.</p> <p>5. За изплащане на обезщетение за хоспитализация, освен документите по т. 1, се представят:</p> <p>5.1. Епикриза/и от болничния престой;</p> <p>5.2. Амбулаторни листове и други медицински документи от лечебни заведения, регистрирани по Закона за лечебните заведения;</p> <p>5.3. Болнични листове и Решения на ТЕЛК/НЕЛК за продължителността на временна неработоспособност, ако има такива.</p> <p>6. Други документи</p>
<p><u>IV. EVIDENCE TO ESTABLISH THE GROUNDS AND THE CLAIM</u></p> <p>1. The insurer shall notify the policyholder / third party beneficiary of the evidence that it must provide for the establishment of the basis and amount of the claim. Further evidence may be required only if the need for them could not be foreseen at the time of filing the claim and no later than within 45 days from the date of submission of the evidence required for filing in the first sentence.</p> <p>2. Not allow further showing that the Insured / third party beneficiary can not obtain because of existing regulatory barriers or lack of legal possibility of provision, as well as those that could be reasonably considered as having no essential to establish the grounds and amount of the claim and seek undue delay and extension of the procedure for settlement of the claim.</p> <p>3. For the purpose of establishing the insured event and the damage caused by it, the Insurer has the right to obtain the information held by the Ministry of Interior, the prosecuting authorities, other public authorities, private doctor, medical and health institutions and persons have the right to verify the occurrence of circumstances as well as certified copies of documents. When information is part of the material pre-production, the prosecutor allowed access to it.</p>	<p><u>IV. ДОКАЗАТЕЛСТВА ЗА УСТАНОВЯВАНЕ НА ОСНОВАНИЕТО И РАЗМЕРА НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИТЕ ПРЕТЕНЦИИ</u></p> <p>1. Застрахователят уведомява Застрахования/третото ползващо се лице за доказателствата, които то трябва да представи за установяване на основанието и размера на претенцията си. Допълнителни доказателства може да се изискват само в случай че необходимостта от тях не е можела да бъде предвидена към датата на завеждане на претенцията и най-късно в срок до 45 дни от датата на представяне на доказателствата, изискани при завеждане по изречение първо.</p> <p>2. Не се допуска изискване на доказателства, с които Застрахования/третото ползващо се лице не може да се снабди поради съществуващи нормативни пречки или поради липсата на правна възможност за осигуряването им, както и на такива, за които може да бъде направена благоразумна преценка, че нямат съществено значение за установяване на основанието и размера на претенцията и целят необосновано забавяне и удължаване на процедурата по уреждане на претенцията.</p> <p>3. За нуждите на установяване на застрахователното събитие и на вредите, причинени от него, Застрахователят има право да получи необходимата информация, съхранявана от органите на Министерството на вътрешните работи, разследващите органи, другите държавни органи, личния лекар, лечебните и здравните заведения и лицата, които имат право да удостоверяват настъпването на обстоятелства, както и заверени преписи от документи. Когато исканата информация е част от материалите</p>

<p>4. Where the information under item 3 is legally protected, and granted to the persons writing and a signature explaining their obligations not to disclose, and the consequences of its unauthorized disclosure.</p> <p>5. Before signing a contract of insurance "Accident and Illness" as well as the duration of the contract, the insurer is entitled to obtain detailed and accurate information on age, sex and medical condition of the person whose life, health or bodily integrity are subject to insurance.</p> <p>6. Upon the occurrence of an insured event, the Insurer shall have access to all medical records relating to the health of the person whose life is insured, and they can require all persons storing such information.</p> <p>7. In the process of assembling the damage with all requirements and additional documents submitted, it shall be considered by the officer to determine the reason for the payment of insurance compensation and the amount of compensation on the following basis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • The insurance event must have occurred within the period of validity of the insurance policy / individual insurance coverage, respectively. special conditions reflected in the add on to the insurance policy; • The insurance event must be covered insurance risk under the terms of this insurance contract. • Insured to have fulfilled its obligations within the periods specified in the General Conditions. • To determine whether the time of occurrence of the insured event has been a change (increase or decrease) the risk circumstances, compared with the initial conditions of the conclusion of the insurance contract and for which the insured was required to notify, but did not do . • If an insured event occurs outside the Republic of Bulgaria, shall be checked territorial coverage of the policy, at the date of the event. 	<p>по предварителното производство, прокурорът разрешава достъпа до нея.</p> <p>4. Когато информацията по т. 3 представлява защитена от закона тайна, при предоставянето ѝ на лицата писмено и срещу подпис се разясняват задълженията им да не я разгласяват, както и последиците от нейното нерегламентирано разгласяване.</p> <p>5. Преди сключване на договор за застраховка „Злополука и Заболяване“, както и по време на действието на договора, Застрахователят има право да получи подробна и точна информация относно възрастта, пола и здравословното състояние на лицето, чийто живот, здраве или телесна цялост са предмет на застраховане.</p> <p>6. При настъпване на застрахователно събитие, Застрахователят има право на достъп до цялата медицинска документация във връзка със здравословното състояние на лицето, чийто живот е застрахован, и може да я изисква от всички лица, съхраняващи такава информация.</p> <p>7. В процеса на окомплектоване на щетата с всички изискани и допълнително представени документи, същата се разглежда от отговорния служител, за да се прецени основанието за изплащане на застрахователно обезщетение и размера на обезщетението, въз основа на следното:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Застрахователното събитие да е настъпило в срока на валидност на застрахователната полица/индивидуалното застрахователно покритие, респ. специални условия отразени в добавък към застрахователната полица; • Застрахователното събитие трябва да бъде покрит застрахователен риск, съгласно клаузите на конкретния застрахователен договор. • Застрахованият да е изпълнил всички свои задължения в сроковете, определени в Общите условия. • Да се установи дали по време на настъпване на застрахователното събитие е имало промяна (увеличаване или намаляване) на рисковите обстоятелства, в сравнение с първоначалните условия на сключване на застрахователния договор и за които застрахованият е бил длъжен писмено да уведоми, но не го е направил. • При застрахователно събитие възникнало извън територията на Република България, задължително се проверява териториалният обхват по полицата, валиден към датата на събитието.
---	--

V. DETERMINATION OF COMPENSATION INSURANCE

1.The amount of the indemnity is determined by the Insurer on the basis of the general and special conditions of the insurance and the specific insurance contract. The insurance indemnity due is calculated by an employee in the Claims Department depending on the amount of the insured sum, the type of the insurance event, the covered or excluded risk, the evidence submitted and the written statements of the trusted physician and the IMC.

2.The insurance indemnity is also determined by virtue of a court decision in force when it also has effect against the Insurer in accordance with the provisions of the current legislation. The determination of the insurance indemnity shall be made by an insured employee of the Insurer and / or by the Insurer's Expert Committee on the basis of the General Conditions and the conditions of the concluded insurance policy / certificate under a group insurance contract.

VI. END OF CLAIMS AND PAYMENT

1. Any damage is concluded with a report on the damage that is done by means of an information system INSIS.

2. The report must be coordinated and approved by appropriate officials in accordance with accepted rules of responsibility for decision making.

3. Insurer within 15 days of submission of all required documents:

3.1. determine and pay the insurance benefit or amount to eligible persons in accordance with the terms of the insurance contract or

3.2. shall refuse payment.

4. When considering the payment of insurance compensation to prepare a report on the damage. At each accounting document certifying payment of damage must be given a copy of the report on the damage.

4.1 In the event that the amount of the calculated and agreed to pay compensation differs from claimed it to the Insured and / or beneficiaries reasoned response is sent by registered letter, courier, or other appropriate means.

4.2. Payment should be reflected in the information system INSIS.

4.3. After payment of benefits, certified copies of the invoices to be applied to the

V. ОПРЕДЕЛЯНЕ НА РАЗМЕРА НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНОТО ОБЕЗЩЕТИЕ

1. Размерът на обезщетението се определя от Застрахователят въз основа на общите и специалните условия на съответната застраховка и конкретният застрахователен договор. Дължимото застрахователно обезщетение се изчислява от служител в отдел „Уреждане на претенции“ в зависимост от размера на застрахователната сума, вида на застрахователното събитие, настъпилият покрит или изключен риск, представените доказателства и писмените становища на доверен лекар и ЗМК.

2. Застрахователното обезщетение се определя и по силата на влязло в сила съдебно решение, когато то има действие и спрямо Застрахователя съгласно разпоредбите на действащото законодателство.

VI. ПРИКЛЮЧВАНЕ НА ЩЕТИТЕ И ИЗВЪРШВАНЕ НА РАЗПЛАЩАНИЯ

1. Всяка щета се приключва с Доклад по щета, който се изготвя посредством информационна система ИНСИС .

2. Докладът задължително се съгласува и одобрява от съответните длъжностни лица, в съответствие с приетите правила за компетенциите за взимане на решение.

3. Застрахователят, в срок 15 работни дни от представянето на всички необходими документи:

3.1. определя и изплаща застрахователното обезщетението или сума на правоимащите лица, в съответствие с условията на застрахователния договор или

3.2. мотивирано отказва плащането.

4. При решение за плащане на застрахователно обезщетение се изготвя Доклад по щета. Към всеки счетоводен документ, удостоверяващ плащане по щета, задължително се прилага копие на Доклада по щета.

4.1 При положение, че размерът на изчисленото и одобрено за изплащане обезщетение се различава от претендирания, то до Застрахования и/или ползващите се лица се изпраща мотивиран отговор, посредством писмо с обратна разписка, куриер или друг подходящ начин.

4.2. Плащането се отразява и в информационната система INSIS.

<p>damage, and the same is sent to the archive.</p> <p>5. Insurance benefits are paid to the insured / beneficiaries in cash or by bank transfer .</p> <p>6. In cases where the beneficiaries are minors or minors under full or partial guardianship, insurance benefits are paid to a bank account in their name in a commercial bank.</p> <p>7. In insurance underwritten on the life, health and bodily integrity of persons under 18 years of age insurance benefits are paid in accordance with current legislation</p> <p>8. In case of refusal to pay insurance benefits:</p> <p>8.1. The central office of the Insurer to issue a letter containing the decision of the Insurer and the reasons,</p> <p>8.2. After sending the letter refusing the damage will be closed accordingly in the register of damage and information system INSIS.</p> <p>8.3. After obtaining evidence (signed return receipt or other reference number. Below.) To obtain a denial letter from all addressees damage applies archived.</p> <p>9. Any changes in the status of the claims are reflected by the official responsible for daily as well as in the Register of Damage and the information system INSIS (payment denials, records, etc.)..</p> <p>10. Department "Travel Assistance, Accident, Health and Financial losses" organizes and serves archive of damage insurance "Accident and Accident"</p>	<p>4.3. След изплащане на обезщетенията, заверени копия от платажните документи се прилагат към щетата и същата се изпраща в архив.</p> <p>5. Застрахователните обезщетения се изплащат на застрахованото лице/ползващите лица в по банков път.</p> <p>6. В случаите, когато ползващите се лица са малолетни, непълнолетни или поставени под пълно или ограничено запрещение, застрахователните обезщетения се внасят по банкова сметка на тяхно име в търговска банка.</p> <p>7. При застраховки, сключени върху живота, здравето и телесната цялост на лица под 18 годишна възраст, застрахователни обезщетения се изплащат в съответствие с разпоредбите на действащото законодателство</p> <p>8. В случаите на отказ от изплащане на застрахователно обезщетение:</p> <p>8.1. В ЦУ на Застрахователя се изготвя писмо, което съдържа решението на Застрахователя и мотивите за това,</p> <p>8.2. След изпращане на отказното писмо щетата се закрива по съответния ред в Регистъра на щети и информационна система ИНСИС.</p> <p>8.3. След получаване на доказателства (подписана обратна разписка, входящ номер или др. под.) за получаването на отказното писмо от всички адресати, щетата се прилага в архив.</p> <p>9. Всички промени в състоянието на претенциите се отразяват от отговорния служител ежедневно, както в Регистъра на щетите, така и в информационната система INSIS (плащания, откази, архив и др.).</p> <p>10. Отдел „Уреждане на претенциите“ организира и обслужва архива на щети по застраховки „Злополука и Заболяване“,</p>
<p><u>VII. COMPLAINTS FROM CUSTOMERS</u></p> <p>1. A case of refusal to pay insurance compensation or determination of compensation other from the amount claimed by the victim / injured person, the Insurer sent a reasoned response to the victim / injured person.</p> <p>2. Victim / injured person or the beneficiary may appeal the refusal to pay compensation or the amount thereof to the Insurer.</p> <p>2.1. Appeal the decision of the Insurer is done by the person with a written request</p>	<p><u>VII. ЖАЛБИ ОТ КЛИЕНТИ</u></p> <p>1. За всички случаи на отказ за изплащане на застрахователно обезщетение или определяне на обезщетение, различно по размер от претендираното от Пострадалото/Увреденото лице, Застрахователят изпраща мотивиран отговор на Пострадалото/Увреденото лице.</p> <p>2. Пострадалото/Увреденото лице или ползващото се лице може да обжалва отказа за изплащане на обезщетение или неговия размер пред Застрахователя.</p>

<p>/ objection that seen in the central office of the insurer.</p> <p>2.2. Application / objection shall be deposited in the Head Office of the Insurer at Sofia-1124, "Tsarigradsko shose" № 47A bl. V, 3rd floor - "Groupama Insurance" JSC, at the same states and claim number on which an application was made / objection. Insurer register entry number and date of application received / documentary objection in the trial program of "Groupama Insurance" LLC. Applicant may apply to the application / objection additional written evidence or documents which have been submitted to the Insurer in the file and are relevant to the insurance event.</p> <p>2.3. Received a request / object is registered in the register complaints and provide the department "Travelers, accident, health and financial risks" for an opinion.</p> <p>2.4. In each submitted request / objection insurer rule not later than 7 days from receipt</p> <p>2.5. The final opinion of the Insurer on request / objection signed by the Executive Director of "Groupama Insurance" JSC of the applicant.</p> <p>2.6. Any dispute which has not reached an amicable settlement may be referred for settlement to the competent court.</p> <p style="text-align: center;"><u>FINAL PROVISIONS</u></p> <p>§.1 These Rules have been adopted by the Board of Directors in accordance with Art. 104 of the Insurance Code, on</p> <p>§.2 Modifications and additions to the present Rules could be made in accordance with the order of their adoption.</p>	<p>2.1. Обжалването на решението на Застрахователя се осъществява от заинтересованото лице с писмена молба/възражение, като същата се разглежда в Централно Управление на Застрахователя.</p> <p>2.2. Молба/възражение се депозира в Централно управление на Застрахователя на адрес гр. София-1124; бул."Цариградско шосе" № 47А, бл. В, ет. 3 – „Групама Застраховане“ ЕАД, като в същата се посочва и номера на щетата, по която е изготвена молба/възражение. Застрахователя регистрира входящ номер и дата на постъпилата молба/възражение в документно обратната програма на „Групама Застраховане“ЕАД. Жалбоподателя, може да приложи към молба/възражение допълнителни писмени доказателства или документи, които не са били представени на Застрахователя по преписката и са относими към застрахователното събитие.</p> <p>2.3. Получените молба/възражение се регистрира в регистър жалби и се предоставят на отдел „Уреждане на претенциите“ за становище.</p> <p>2.4. По всяка отделна подадена молба/възражение застрахователя се произнася в срок не по-късно от 30 /тридесет/ дни от постъпването им.</p> <p>2.5. Окончателното становище на Застрахователя по молба/възражение се подписва от Изпълнителен директор на „Групама Застраховане“ ЕАД на жалбоподателя.</p> <p>2.6. Всички спорни въпроси, за които не е постигнато доброволно уреждане, могат да бъдат отнесени за разрешаване пред компетентния съд.</p> <p style="text-align: center;"><u>ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ</u></p> <p>§.1 Настоящите Вътрешни правила са приети от Съвета на директорите в съответствие с чл. 104 от КЗ на</p> <p>§.2 Промени и допълнения в настоящите Правила могат да бъдат извършвани по реда на тяхното приемане.</p>
---	--