

Отдел: Уреждане на претенциите

v.4

Claims Department

v.4

Издадена от: [Click here to enter text.](#)

Issued by: [Click here to enter text.](#)

Одобрена от: Съвета на директорите на „Групама Застраховане“ ЕАД 15.03.2016

Approved by: The Board of Directors of Groupama Zastrahovane EAD 15.03.2016

ВЪТРЕШНИ ПРАВИЛА И ПРОЦЕДУРИ ЗА ИЗПЪЛНЯВАНЕ НА ЛИКВИДАЦИОННА УСЛУГА ЗА

ЗАСТРАХОВКА „РАЗНИ ФИНАНСОВИ ЗАГУБИ“

INTERNAL RULES AND PROCEDURES FOR CLAIMS HANDLING FOR

OTHER FINANCIAL LOSSES INSURANCE

I. ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Вътрешните правила за изпълняване на ликвидационна услуга по застрахователни договори, сключени в съответствие с Общите и/или Специалните условия по застраховка „Разни финансови загуби“, 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 „Разни финансови загуби“, 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 тези Вътрешни правила, се спазват:

- Кодекс за застраховането;
- Търговски закон /обща част/;
- Закон за наследството;
- Действаща нормативна уредба;
- Общите и Специални условия на застраховките и
- Настоящите указания.

I. GENERAL RULES

1. Internal rules governing liquidation service insurance contracts in accordance with the General and / or Special Conditions for insurance "Other financial losses" regulate processes of claims, collection of evidence to establish their ground and size valuation of the damage 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 the General and / or Special Conditions for insurance "Other financial losses," 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 on these internal rules are observed:

- Insurance Code;
- Commercial law / common area /;
- Law of inheritance;
- Existing regulations;
- General and special conditions of insurance and
- Current guidelines.

Отдел: Уреждане на претенциите

v.4

Claims Department

v.4

Издадена от: [Click here to enter text.](#)

Issued by: [Click here to enter text.](#)

Одобрена от: Съвета на директорите на „Групама Застраховане“ ЕАД 15.03.2016

Approved by: The Board of Directors of Groupama Zastrahovane EAD 15.03.2016

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

5. Цялостната дейност по ликвидация на щети по всички Общи и/или Специални условия на застраховка „Разни финансови загуби“ се извършва само в ЦУ на Застрахователя, Отдел „Уреждане на претенциите“.

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

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

1. При предявяване на претенции за изплащане на застрахователно обезщетение, пред Застрахователя се подава писмено Заявление за настъпило застрахователно събитие (по образец, Приложение № 1) от ползващите се лица.

1.1. В Заявлението се попълва точно изисканата информация, както и данните на Застрахования, и подробно се описват обстоятелствата и причините, при и поради които е настъпило събитието.

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 Молбата документ, като тези, които не са изрично упоменати се дописват на определените за целта редове.

2. Служителят на Застрахователя, който приема документите, проверява:

- Верността и пълнотата на вписаните данни;
- Валидността на застрахователния договор;
- Има ли лицето права по застрахователния договор (дали е в групата на застрахованите и ползващи лица);
- Дали представените документи съответстват на изискванията на Застрахователя.

3. След приемане на документите, Заявлението задължително се завежда с входящ номер и дата, служещи за удостоверяване на постъпила претенция и за

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

5. Overall activity of claims settlement in all General and / or Special Conditions of insurance "Other financial losses" is performed only at Claims Dept.

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

II. PROCEDURE FOR FORMATION AND EXAMINATION OF CLAIM CASES

1. In making claims for payment of insurance compensation, the Insurer shall submit a written application for an insurance event (template, Annex № 1) of beneficiaries.

1.1. The application is completed correctly with the information requested, and the data of the Insured, and detailing the circumstances and reasons when and why the event occurred.

1.2. The details in application entered by person who filled it (if not submitted personally by the Insured) and the names of persons who are entitled to receive compensation insurance. In the descriptions of the documents noted any Document attached, such as those that are not explicitly mentioned are additions designated rows.

2. Insurer employee that accepts documents checked:

- Accuracy and completeness of data entered;
- The validity of the insurance contract;
- Are individual rights under the insurance contract (whether it is in the group of insured persons and beneficiaries);
- If the documents comply with the requirements of the Insurer.

3. After receiving the documents, the application must be filed with the registration number and date, used to authenticate the claim filed and the date of claim registration.

Отдел: Уреждане на претенциите

v.4

Claims Department

v.4

Издадена от: [Click here to enter text.](#)

Issued by: [Click here to enter text.](#)

Одобрена от: Съвета на директорите на „Групама Застраховане“ ЕАД 15.03.2016

Approved by: The Board of Directors of Groupama Zastrahovane EAD 15.03.2016

дата на завеждане на щетата.

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:

- регистрация на щета;
- изчисляване на обезщетението;
- уточняване на плащане;
- утвърждаване на плащане;
- архивиране.

5. Застрахователят регистрира щетата в Регистър на щети по застраховка „Разни финансови загуби“ и информационна система ИНСИС. Всеки Регистър се води за календарна година.

6. Номерът на ликвидационната преписка е уникален номер, състоящ се от 11 символа и се генерира автоматично от информационна система ИНСИС по зададения алгоритъм, 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.

7. При завеждане на щета отговорният служител, проверява застрахователната полица/Сертификат в информационната система ИНСИС и регистрира щетата в системата

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

9. Документи, различни от изисканите при завеждане на щетата, могат да се изискват допълнително само писмено, като копие от изпратеното писмо с приложена обратна разписка се съхраняват в щетата.

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

4. Insurer registered in the Register any claim case under the insurance. Registration of claim case is performed in the Central Office of Groupama Insurance Ltd. The work process consists of the following phases:

- registration of the claim case;
- calculation of compensation;
- specification of payment;
- approval of payment;
- archiving.

5. Insurer registered in the Claim register insurance "Other financial losses" and information system INSIS. Every register kept for that calendar year.

6. Number of the claim case is a unique number consisting of 11 characters and is automatically generated by an information system INSIS for your algorithm as follows:

AAAA YY NNNNN, wherein:

AAAA - the number of the product;

YY - last two digits of the year of claim registration;

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

7. During claim registration responsible officer checked the insurance policy / certificate in information system INSIS and record claim case to the system

8. Upon registration of the case in IT system INSIS, the employee should indicate the outstanding claims reserve for the damage. Indicate the approximate expected upper limit on the risk, and if not known - initially, the maximum possible amount of compensation on the risk.

9. Documents different than those required when claim is registered may require further in writing only, a copy of the sent letter with acknowledgment of receipt is stored in damage.

10. In the process of assembling the case every document filed in registration system and then apply to claim file in order of receipt.

Отдел: Уреждане на претенциите

v.4

Claims Department

v.4

Издадена от: [Click here to enter text.](#)

Issued by: [Click here to enter text.](#)

Одобрена от: Съвета на директорите на „Групама Застраховане“ ЕАД 15.03.2016

Approved by: The Board of Directors of Groupama Zastrahovane EAD 15.03.2016

реда на постъпването.

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 за настъпило застрахователно събитие (по образец). Във всички случаи, Застрахователят не може да откаже да приеме предявена от застрахованото лице писмена претенция за изплащане на обезщетение, направена в свободна форма;

1.2. Застрахователна полица или Сертификат за присъединяване към групов застрахователен договор или друг документ, удостоверяващ наличието на сключена застраховка.

1.3. Сметка (квитанция), платежно нареждане, вносна бележка, съгласие за директен дебит или друг документ, доказващ плащането на застрахователната премия;

1.4. Други изискуеми документи, съгласно Общите и/или Специалните условия по вида финансова застраховка, описани в Заявлението за настъпило застрахователно събитие.

1.5. Други документи по преценка на застрахователя, допринасящи за установяване на застрахователното събитие и размера на плащането.

2. Други документи

IV. ДОКАЗАТЕЛСТВА ЗА УСТАНОВЯВАНЕ НА ОСНОВАНИЕТО И РАЗМЕРА НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИТЕ ПРЕТЕНЦИИ

11. Employees who registered claim case and accept documents not refuse in any form - orally or in writing, filing a damage and / or payment of insurance compensation.

12. When a conflict of interest in filing and / or processing of the claims, 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 for an insurance event (template). In all cases, the insurer may not refuse to accept claimed by the injured person written claim for payment of compensation made in free form;

1.2. Insurance policy or certificate for joining to the group insurance contract or other document attesting to the existence of insurance.

1.3. Account (receipt) payment order, note, agreement to a direct debit or other proof of payment of the insurance premium;

1.4. Other required documents, according to general and / or special conditions the type of financial assurance described in the application for insurance event.

1.5. Other documents at the discretion of the insurer, contributing to the establishment of the insured event and the amount of the payment.

2. Other documents

IV. EVIDENCE TO ESTABLISH THE GROUNDS AND THE CLAIM AMOUNT

Отдел: Уреждане на претенциите

v.4

Claims Department

v.4

Издадена от: [Click here to enter text.](#)Issued by: [Click here to enter text.](#)

Одобрена от: Съвета на директорите на „Групама Застраховане“ ЕАД 15.03.2016

Approved by: The Board of Directors of Groupama Zastrahovane EAD 15.03.2016

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.

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.

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 по предварителното производство, прокурорът разрешава достъпа до нея.

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.

5. Преди сключване на/присъединяване към застрахователен договор, съгласно Общите и/или Специалните условия по вида финансова застраховка, както и по време на действието на договора, Застрахователят има право да получи подробна и точна информация относно възрастта, пола, здравословното състояние и трудовия статус на лицето.

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.

1. The insurer shall notify the policyholder / beneficiary for 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.

2. Not allow further showing that the Insured / 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.

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.

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.

5. Before the conclusion of / accession to the insurance contract, according to general and / or special conditions the type of financial insurance, as well as the duration of the contract, the insurer is entitled to obtain detailed and accurate information on age, sex, health and employment status face.

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 can require this information from all persons storing such information.

Отдел: Уреждане на претенциите

v.4

Claims Department

v.4

Издадена от: [Click here to enter text.](#)Issued by: [Click here to enter text.](#)

Одобрена от: Съвета на директорите на „Групама Застраховане“ ЕАД 15.03.2016

Approved by: The Board of Directors of Groupama Zastrahovane EAD 15.03.2016

7. В процеса на окомплектоване на щетата с всички изисквани 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:

- Застрахователното събитие да е настъпило в срока на валидност на застрахователната полица/индивидуалното застрахователно покритие по съответния вид финансова застраховка.
- 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.

8. Застрахователят не дължи обезщетение по клаузите на общите и специални изключения на Общите и/или Специални условия за съответната застраховка.

V. ОПРЕДЕЛЯНЕ НА РАЗМЕРА НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНОТО ОБЕЗЩЕТИЕ

1. Определянето на застрахователното обезщетение се извършва от оправомощен служител в отдел „Уреждане на претенциите“ на Застрахователя, въз основа на Общите условия и условията на сключената застрахователна полица/сертификат по групов застрахователен договор, както и:

- 1.1. въз основа на предоставените документи и доказателства от ползващите се лица;
- 1.2. при особени случаи на проучване на застрахователно събитие или пострададо лице, застрахователят може да възлага на вещице съставянето на експертно заключение за предоставени факти и доказателства.

2. Застрахователното обезщетение се изплаща на ползващите се лица, съгласно Общите и/или Специалните условия по съответния вид финансова застраховка.

7. In the process of assembling the claim case 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:

- The insurance event must have occurred within the period of validity of the insurance policy / individual insurance coverage for the type of financial insurance.
- The insurance event must be covered insurance risk under the terms of this insurance contract.
- Insured have to 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 .
- When an insured event occurring outside the territory of the Republic of Bulgaria, shall be checked territorial coverage of the policy, at the date of the event.

8. The insurer is not liable for compensation under the provisions of general and special exceptions to general and / or specific conditions for the insurance..

V. DETERMINATION OF COMPENSATION INSURANCE

1. The determination of the indemnity shall be made by an authorized officer in the "Claims Department" of the insurer on the basis of the Terms and conditions of the concluded insurance policy / certificate as a group insurance contract as well:

- 1.1. based on the documents and evidence from beneficiaries;
- 1.2. in special cases, a study of an insured event or victim, the insurer may assign an expert compilation of expert opinion on the provided facts and evidence.

2. Insurance compensation is paid to beneficiaries under the general and / or special conditions the type of financial insurance.

Отдел: Уреждане на претенциите

v.4

Claims Department

v.4

Издадена от: [Click here to enter text.](#)

Issued by: [Click here to enter text.](#)

Одобрена от: Съвета на директорите на „Групама Застраховане“ ЕАД 15.03.2016

Approved by: The Board of Directors of Groupama Zastrahovane EAD 15.03.2016

3. Изплатените суми за всички събития не могат да надвишават максималния размер на застрахователното обезщетение по условията по съответния вид финансова застраховка.

3. The amounts paid for all events cannot exceed the maximum amount of insurance compensation in terms of the type of financial insurance.

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 ИНСИС.

4.3. След изплащане на обезщетенията, заверени копия от платежните документи се прилагат към щетата и същата се изпраща в архив.

5. Застрахователните обезщетения се изплащат на застрахованото лице/ползващите лица по банков път или в брой.

VI. END OF THE CLAIM 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 working 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 Claim case report be prepared .At each accounting document certifying payment must be given a copy of the report on the damage.
 - 4.1 In case that the amount of the calculated and agreed to pay compensation differs from amount claimed to the Insured and / or beneficiaries are informed with letter
 - 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 claim file, and the same is sent to the archive.
5. Insurance benefits are paid to the insured / beneficiaries through bank transfer or cash.

Отдел: Уреждане на претенциите

v.4

Claims Department

v.4

Издадена от: [Click here to enter text.](#)

Issued by: [Click here to enter text.](#)

Одобрена от: Съвета на директорите на „Групама Застраховане“ ЕАД 15.03.2016

Approved by: The Board of Directors of Groupama Zastrahovane EAD 15.03.2016

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..

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 ..

7. При основание за регресен иск се прилага процедурата за предявяване на регресни права. След събиране на регресните задължения или приключване на съдебните дела сметката се прилага в архив.

7. In justification for recourse to the procedure for making regressive rights. After collecting recourse obligations or the completion of legal proceedings damage is applied in an archive.

8. В случаите на отказ от изплащане на застрахователно обезщетение:

8. In case of refusal to pay insurance benefits:

8.1. В ЦУ на Застрахователя се изготвя писмо, което съдържа решението на Застрахователя и мотивите за това, Отказното писмо се изпраща до претендиращия сметката, препоръчано, с обратна разписка.

8.1. The central office of the Insurer to issue a letter containing the decision of the Insurer and the reasons,

8.2. След изпращане на отказното писмо сметката се закрива по съответния ред в Регистъра на щети и информационна система ИНСИС.

8.2. After sending the letter refusing the claim case will be closed accordingly in the register of damage and information system INSIS.

8.3. След получаване на доказателства (подписана обратна разписка, входящ номер или др. под.) за получаването на отказното писмо от всички адресати, сметката се прилага в архив.

8.3. After obtaining evidence (signed return receipt or other reference number. Below.) To obtain a denial letter from all addressees damage applies archived.

9. Всички промени в състоянието на претенциите се отразяват от отговорния служител ежедневно, както в Регистъра на щетите, така и в информационната система ИНСИС (плащания, откази, архив и др.).

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 (payments, denials, records, etc.)..

10. Отдел „Уреждане на претенциите“ организира и обслужва архива на щети по всички Общи и/или Специални условия на застраховка „Разни финансови загуби“.

10. Claims Department organize and service records of damage to all general and / or special conditions of insurance "Other financial losses."

VII. ЖАЛБИ ОТ КЛИЕНТИ

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.

VII. COMPLAINTS FROM CUSTOMERS

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.

2. Пострадалото/Увреденото лице или ползващото се лице може да обжалва отказа за изплащане на обезщетение или неговия размер пред Застрахователя.

2. Victim / injured person or the beneficiary may appeal the refusal to pay

2.1. Обжалването на решението на Застрахователя се осъществява от

Отдел: Уреждане на претенциите

v.4

Claims Department

v.4

Издадена от: [Click here to enter text.](#)Issued by: [Click here to enter text.](#)

Одобрена от: Съвета на директорите на „Групама Застраховане“ ЕАД 15.03.2016

Approved by: The Board of Directors of Groupama Zastrahovane EAD 15.03.2016

заинтересованото лице с писмена молба/възражение, като същата се разглежда в Централно Управление на Застрахователя.

2.2. Молба/възражение се депозира в Централно управление на „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 оборотната 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.

2.3. Получените молба/възражение се регистрира в регистър жалби и се предоставят на отдел „ Уреждане на претенциите“ за становище.

2.4. По всяка отделна подадена молба/възражение застрахователя се произнася в срок не по-късно от 7 /седем/дни, когато жалбата е относно определения размер на застрахователно обезщетение/плащане и в едномесечен срок във всички останали случаи .

2.5. Служители на отдел „Уреждане на претенциите“, изготвят становище по постъпилата молба/възражение и го предоставят, в едно с цялата преписка по съответната щета, на Комисията по жалбите.

2.6 Комисия по жалбите, съставена от следните членове: Директор Злополука и здраве , Ръководител отдел „Уреждане на претенциите“ и юриконсулт, разглежда постъпилата молба/възражение, в едно с приложената към нея преписка по съответната щета и представя на Изпълнителния директор писмено мотивирано становище за одобрение.

2.7. Окончателното становище на Застрахователя по молба/възражение се подписва от Изпълнителен директор на „Групама Застраховане“ ЕАД на жалбоподателя.

2.8. Всички спорни въпроси, за които не е постигнато доброволно уреждане, могат да бъдат отнесени за разрешаване пред компетентния съд.

compensation or the amount thereof to the Insurer.

2.1. Appeal the decision of the Insurer is done by the person with a written request / objection that seen in the central office of the insurer.

2.2. Application / objection shall be deposited in the Head Office of the Insurer at Sofia-1124, "Tsarigradsko road" № 47A bl. In, 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.

2.3. Received a request / object is registered in the register complaints and provide the Claims department for an opinion.

2.4. In each submitted complaint insurer have to answer not later than 7 days for cases referring to the amount of insurance payment and in one month in all other cases

2.5. Employees of the Claims department prepared a statement on the complaint and make it available, together with the entire file to the Complaints Committee.

2.6 Complaints Committee made up of the following members: Director, Head of Claims Department and Counsel, examine the incoming complaint together with the file attached to it and present the Executive Director in writing a reasoned opinion for approval.

2.7. The final opinion of the Insurer on complaint signed by the Executive Director of "Groupama Insurance" Ltd of the applicant.

2.8. Any dispute which has not reached an amicable settlement may be referred for settlement to the competent court.

Име на документ: **Вътрешни правила за изпълняване на ликвидационна услуга за застраховка „Разни финансови загуби“**

Стр. 10 от 10

Name of the document: **Internal rules for Claims handling for Other Financial Losses Insurance**

Page 10 of 10

Отдел: Уреждане на претенциите

v.4

Claims Department

v.4

Издадена от: [Click here to enter text.](#)

Issued by: [Click here to enter text.](#)

Одобрена от: Съвета на директорите на „Групата Застраховане“ ЕАД 15.03.2016

Approved by: The Board of Directors of Groupama Zastrahovane EAD 15.03.2016

§.1 Настоящите Вътрешни правила са приети от Съвета на директорите в съответствие с чл. 104 от КЗ и изменени с Решение на Съвета на директорите, отразено в Протокол от 09.03.2010 г. и изменени с Решение на Съвета на директорите, отразено в Протокол от 14.05.2013 г., и изменени с Решение на Съвета на директорите, отразено в Протокол от 31.05.2013 г. ., и изменени с Решение на Съвета на директорите, отразено в Протокол от 15.03.2016 г.

§.2 Промени и допълнения в настоящите Правила могат да бъдат извършвани по реда на тяхното приемане.

FINAL PROVISIONS

§.1 The present Rules are adopted by the Board of Directors in accordance with Art. 104 of the Insurance Code, as modified by Decision of the Board of Directors, reflected in the Minutes of 09.03.2010, as modified by Decision of the Board of Directors, reflected in the Minutes of 05/14/2013, and amended by Decision of the Board of Directors, reflected Minute dated 31.05.2013 and amended by Decision of the Board of Directors, reflected Minute dated 15.03.2016

§.2 Modifications and additions to the present Rules could be made in accordance with the order of their adoption.