

Отдел: Уреждане на претенциите

v.3

Claims Department

v.3

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

15.03.2016

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

15.03.2016

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 „ПОМОЩ ПРИ ПЪТУВАНЕ “

INTERNAL RULES AND PROCEDURES FOR CLAIMS HANDLING FOR

TRAVEL INSURANCE

I. ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Цел

Целта на този вътрешен документ е да систематизира и актуализира всички неписани указания и правила, които са подготвени и изпълняват ролята на помощно средство при ликвидацията на щети за застраховка "Помощ при пътуване" (продуктов код 2000).

В настоящата стандартна операционна процедура са отразени стъпките, които всички служители, представители и мениджъри трябва да спазват при регистрацията, събиране на документи, комплектоване на преписки и изплащане на застрахователни обезщетения за възникнали щети.

Тази процедура е изцяло съобразена с утвърдената практика на работа и ръководните принципи за изложение на добрите практики и стандарти. От нейното спазването до голяма степен зависи нормалното и бързо протичане на ликвидационния процес, което е в основата на доброто и качествено обслужване на клиентите ни.

Към настоящата процедура е приложена Принципна схема на работния процес при ликвидация на щети, която следва да се спазва при работа с ИС "ИНСИС" (Приложение № 1).

1.2. Обхват

Този документ е приложен за служителите и мениджърите на компанията, и за организациите, оказващи съдействие или извършващи специализирани услуги – асистиращи компании.

I. GENERAL RULES

1.1. Purpose

The purpose of this internal document is to systematize and update all unwritten guidelines and rules that are trained and serve as an aid in the liquidation of damages for insurance "Travelers" (product code 2000).

This standard operating procedure reflects the steps that all employees, representatives and managers must comply with the registration, collection of documents, sets of files and payment of claims for damages incurred.

This procedure is fully consistent with the established practice of work and guidelines for a statement of best practices and standards. Of its compliance depends largely on proper and quick handling of the liquidation process, which is the basis of good and quality service to our clients.

To this procedure is applied Schematic workflow for liquidation of damages that should be followed when using IS "INSIS" (Appendix № 1).

1.2. Range

This document is applicable to employees and executives, and the organizations assisting or performing specialized services - Assistance companies.

Отдел: Уреждане на претенциите

v.3

Claims Department

v.3

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

15.03.2016

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

15.03.2016

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

1.3. Собственици

Мениджърите са собственици на процеса и наблюдават операциите на писаните политики и процедури за да се осигурят, че те отговарят и са в съответствие с този административен документ и бизнес правилата на компанията.

1.4. Задължения

Спазването на настоящата процедура е задължително за всички застрахователни офиси и централно управление, регистриращи, обработващи или изплащащи застрахователни обезщетения.

II. ДЕФИНИРАНИ ТЕРМИНИ

2.1. Същност и предмет на застраховката

Според условията на този застрахователен договор, застрахователят изплаща обезщетение, осигурява съдействие и специализирани услуги до размера на застрахователната сума, уговорени в полицата, за застрахователни събития настъпили по време на пътуването или престоя извън територията на Република България.

2.2. Ликвидационна услуга

Ликвидационна услуга: дейност, част от цикъла на обезщетяване на застраховани лица или държатели на полици, присъща на застрахователя и неотменима фаза от съставните елементи на застраховането чрез модули на следните процеси: регистриране и завеждане на иск или претенция за щета; уточняване и приемане на щета; изчисляване и оторизиране за плащане на щета; определяне и заделяне на резерви.

2.3. Застраховател

Накратко Застрахователят (навсякъде в текста на процедурата) или Групама Застраховане ЕАД, е лицензиран застраховател, с разрешено право да извършва застраховки «Помощ при пътуване».

2.4. Асистираща Компания

Асистираща компания е юридическо лице, избрано от застрахователя, различно от служител и мениджър, да проучва, оценява, обработва и поддържа, от името и за сметка на застрахователя щети, като осигурява съдействие и специализирани услуги.

2.5. Добросъвестна търговска практика

Правилата, определящи пазарното поведение, които произтичат от законите и обичайните търговски отношения, като не се нарушават добрите нрави, например при

1.3. Owners

Managers own the process and monitor the operations of the written policies and procedures to ensure that they conform to and comply with this administrative document and business rules of the company.

1.4. Obligations

Compliance with this procedure is mandatory for all insurance offices and headquarters, recording, processing or paying off claims.

II. DEFINED TERMS

2.1. Nature and scope of insurance

Under the terms of the insurance contract, the insurer pays compensation provides support and specialized services to the insurance amount stipulated in policy for insured events occurring during travel or stay outside the territory of the Republic of Bulgaria.

2.2. Liquidation service

Liquidation service: business, part of the cycle of compensation to insured persons or policyholders, the insurer inherent inalienable phase components of insurance through modules of the following processes: registration and filing a claim or a claim for damage, specifying and receiving damage, calculation and authorization of payment of damage, determination and allocation of reserves.

2.3. Insurer

Briefly insurer (throughout the text of the procedure) and Groupama Insurance Plc is licensed insurer authorized by law to carry insurance, "Travel Assistance".

2.4. Assistance company

Assistance company is a legal entity selected by the insurer other than the employee and manager to investigate, evaluate, process and maintain, on behalf and for the account of the insurer damage, providing assistance and specialized services.

2.5. Fair trade practices

The rules governing market behavior arising from laws and normal trade relations, not violate decency, for example in processing the claims of policyholders for any claims.

Отдел: Уреждане на претенциите

v.3

Claims Department

v.3

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

15.03.2016

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

15.03.2016

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

обработване на исковете и претенциите на държатели на полици за настъпили застрахователни събития.

III. ПРОЦЕС ЗА ОБРАБОТВАНЕ НА ЩЕТИ В ЦЕНТРАЛНИЯ ОФИС НА КОМПАНИЯТА

3. Стъпки и специфика на работния процес

Съгласно общите условия на застраховката, уведомяването за настъпило събитие следва да стане пред асистиращата компания, която извършва необходимите действия, съгласно договора между нея и застрахователя, като асистиращата компания урежда застрахователния случай и впоследствие предявява исканията си към застрахователя.

Работният процес се състои от следните фази :

- регистрация на щета ;
- оценяване ;
- калкулиране и уточняване на разходите за обезщетение
- уточняване на плащане
- утвърждаване на плащане
- регресни права
- канцелиране

За неавтоматизирано документално обработване на някои от фазите на работния процес застрахователят завежда за всяко отделно застрахователно събитие/ случай досие - преписка по щета според определена форма.

За изпълнение на фазата „утвърждаване на плащане „ служители на застрахователя подписват автоматизирана форма на вътрешен документ „Доклад за щета“, чиито характеристики и реквизити са определени с изискванията на различните процеси на работа с програмен продукт „ИНСИС“

3.1. Регистрация на щета

3.1.1. Уведомление за настъпило застрахователно събитие се прави от застрахованото лице или от бенефициента, като за целта собственооръчно се попълва стандартна бланка (Образец 1 – «Уведомление за щета по застраховка «Помощ при пътуване »»).

Всички предвидени реквизити на уведомлението следва да бъдат попълнени, като служителят регистриращ щетата трябва да оказва необходимата помощ на застрахованото лице или бенефициента при срещане на затруднение в попълването. Операционният контрол относно правилното попълване е задължителен . Отговорността при неправилно и/или непълно попълване носи съответният служител, приел документите.

Задължително се попълват и полетата предвидени за служебна информация, като: номер на досие-преписка по щета, име на специалистът обработващ щетата, време и място на събитието и др.

3.1.2. Всички предявени претенции за щети задължително се регистрират,

III. PROCESS FOR TREATMENT OF DAMAGES HEADQUARTERED

3. Steps and specific workflow

Under the terms and conditions of the insurance, notification of occurrence should happen to assisting company that carries out the actions required under the contract between the insurer and by assisting company provides insurance case and subsequently brought their claims to the insurer.

The work process consists of the following phases:

- registration of the damage;
- Measurement;
- calculate and specify the cost of compensation
- specification of payment
- Establishment of payment
- regressive rights
- cancellation

For non-automated documentary processing of some phases of the operation insurer filed for each insured event / case file - file in damage, according to a certain form.

Implementation phase "approval of payment "employees of the insurer signed automated form of internal document" Report on the damage ", the characteristics and attributes are defined by the requirements of the various processes of working with software" INSIS "

3.1. Registration of a claim

3.1.1. Notice of the occurrence of an insured event is made by the insured or by the Beneficiaries and for the purpose manuscript is completed standard form (Form 1 - "Notification of damage insurance coverage" Travel Assistance »»).

All provided details of Notification should be completed by the employee registering the damage must provide all necessary assistance to the insured or the beneficiary at the instance of the difficulty in filling. Operational control on the correct completion is required. Liability for incorrect and / or incomplete filling brings the staff member who took the documents.

Required fields are completed and scheduled for official information, such as file number, file a damage, the name of the specialist tooling damage, time and place of the event and more.

3.1.2. All claimed for damages must be registered, regardless of the complexity of the documents.

Отдел: Уреждане на претенциите

v.3

Claims Department

v.3

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

15.03.2016

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

15.03.2016

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

независимо от комплектността на наличните документи.

- 3.1.3. Всички предявени претенции за щети задължително се регистрират, независимо от настъпилото събитие, наличие на покрит или непокрит риск.
- 3.1.4. Основно правило за лицата, извършващи ликвидационна дейност трябва да бъде: по никакъв повод не може да се допуска отказване на писмено искане, претенция или жалба за щета.
- 3.1.5. При регистриране на щета (независимо от покрития риск) задължително се открива досие - преписка по щета, което първоначално трябва да съдържа всички необходими и представени от бенефициента документи, описани на гърба на корицата на досие - преписката, която трябва да бъде също надлежно попълнена. Особено внимание следва да се обръща на полетата "Регрес" и "Срещу" в съответната страна на корицата - заглавна страница на досието.
- 3.1.6. При проучване на застрахователно събитие или пострадало лице, застрахователят може да възлага на доверен лекар или вещо лице съставянето на експертно заключение за предоставени факти и доказателства. Заключение се съставя, подписва, представя и приема само с характеристиките и реквизитите на формален документ според Образец 2. При необходимост същото се извършва и преди утвърждаването на плащането.
- 3.1.7. За пълно комплектоване на досие - преписка за щета са необходими следните еднократни или обобщаващи форми на образци, свободен текст на оригинални документи и копия от документи:
- Уведомление за щета по застраховка «Помощ при пътуване» - Образец 1
 - Експертно заключение на доверен лекар / вещо лице - Образец 2
 - Регистър за щети - Образец 3
 - Доклад за щета - автоматизирана форма
 - Копие на застрахователната полица
 - Копие на документа за платена премия
 - Оригинални медицински документи
 - Други, писмено поискани от застрахователя, допълнителни документи
 - Копие на водената с клиента и трети лица кореспонденция за застрахователния случай
- 3.1.8. 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.

3.2. Оценяване

- 3.2.1. Задължителни действия, които се извършват след фактическата регистрация на щета са:
- Застрахователното събитие да е настъпило в срока на валидност на

3.1.3. Vsichki claimed for damages must be registered, regardless of the event occurred, presence of coated or uncoated risk.

3.1.4. Osnovno rule for persons performing liquidation activities should be: for any reason can not be allowed to deny a written request or complaint claim for damage.

3.1.5. When registering damage (regardless of risk covered) must be open file - file in damage, which initially must contain all necessary and documents presented by the beneficiary listed on the back cover of the file - the file, which must also be duly completed. Particular attention should be paid to the fields of "regression" and "against" in the side of the cover - front page of the file.

3.1.6. In a study of the insured event or victim, the insurer may assign a trusted doctor or expert compilation of expert opinion on the provided facts and evidence. The conclusion to draw, sign, submit and accept only the characteristics and requisites of a formal document under Model 2. If necessary, the same shall be made before approval of payment.

3.1.7. To fully complete the file - the file is needed for damage after single or aggregate forms templates free text of original documents and copies of documents:

- Notification of damage insurance coverage "Travel Assistance" - Model 1
- Expert conclusion of a trusted doctor / expert - Model 2
- Register for damages - Model 3
- Report damage - automated form
- A copy of the insurance policy
- Copy of premium paid
- Original medical records
- Other written request to the insurer additional documents
- Copy of keeping up with customer and third party korespondantsiya the insurance case

3.1.8. 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.

3.2. Evaluation

- 3.2.1. Mandatory actions that take place after the actual registration of the damage are:
- The insurance event must have occurred within the period of validity of the

Отдел: Уреждане на претенциите

v.3

Claims Department

v.3

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

15.03.2016

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

15.03.2016

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

застрахователната полица, 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 за наличие на "териториален обхват" по географски зони, валидни към датата на събитие.

3.2.2. При предявяване на претенция застрахованият трябва да представи полицата и всички необходими документи в оригинал. Ако оригиналните документи не са написани на един от следните езици: английски, немски, френски, испански, италиански, руски, следва да бъде приложен и официален превод на един от горепосочените езици. Набавянето и преводът на документите е задължение на застрахования/ бенефициента и е за негова сметка.

3.2.3. През фазата за оценяване на събитието се прави подробен опис на щетите на застрахования обект. Информацията, необходимата да разкрива щетите на лицата, може да е специфична за всеки под - вид на тази застраховка.

3.3. Калкулиране и уточняване на разходите за обезщетение

През тази фаза се изчислява общият размер на обезщетението, което се основава на експертна оценка, вписана в регистъра на щетите.

3.4. Уточняване на обезщетението

През фазата за уточняване на обезщетението се представя подробен опис на щетите на застрахованото лице.

По време на тази фаза се проверяват застрахователната сума/ лимита на отговорност на застрахователя за всяко застрахователно събитие, сравнени за следните елементи:

- разходи;
- специализирано съдействие, и
- услуги

Друг фактор, който се взема под внимание, при уточняване на обезщетението е степента до която застрахованото лице е увредено.

Трето изложение, за което трябва да се държи сметка е наличността на намаление до определена минимална сума или самоучастие, за частичен застрахователен обект или събитие.

insurance policy, 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 for the presence of "territorial scope" by geographic area as of the date of the event.

3.2.2. Pri claiming the insured must submit the policy and all relevant documents in original. If original documents are not written in the following languages: English, German, French, Spanish, Italian, Russian, should be given an official translation into one of the above languages. Procurement and translation of documents is the responsibility of the insured / beneficiary and for his account.

3.2.3. Prez phase evaluation of the event will include a detailed description of the damage to the insured property. Information neobhidima disclose damage to persons may be specific for each sub - type of this insurance.

3.3. Calculations and utochnyavyane cost compensation

In this phase, calculate the total amount of compensation that is based on expert judgment entered in the register of damages.

3.4. Specifying the compensation

In phase adjustment of compensation shall be a detailed inventory of the damage to the insured.

During this phase are checked sum insured / limit of liability of the insurer for each claim, compared to the following elements:

- costs;
- Specialized assistance and
- Services

Another factor to be taken into account when specifying the benefit is the extent to which the insured person is injured.

Third statement, which must be taken into account is the availability of reduction to a minimum amount or deductible for partial insurance object or event.

Last but not least determined the insurer's liability for each coverage for all events within

Отдел: Уреждане на претенциите

v.3

Claims Department

v.3

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

15.03.2016

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

15.03.2016

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

Не на последно място се определя отговорността на застрахователя за всяко едно покритие и за всички събития в рамките на валидността на полицата, до изчерпване на застрахователната сума или лимита за отговорност.

3.5. Утвърждаване на плащането

3.5.1. Тази фаза включва съставянето на доклад за изплащане на обезщетение, който съдържа специфична информация, като:

- вид на плащане-предварително или окончателно
- бенефициент на плащането;
- начин на плащане;
- калкулирана сума на обезщетението (коригирана с всяко вземане на несъбрана премия, самоучастие по договора, извършени разходи от страните по застрахователния договор и т.н.)

3.5.2. Докладът за щетата се отпечатва от ПП «ИНСИС», след което се парафира от оторизирани длъжностни лица на застрахователя, според лимити, определени от Съвета на директорите.

3.5.3. След като този доклад е утвърден / парафиран реално парично заплащане на сумата за обезщетение трябва да бъде извършено.

3.6. Регресни права

3.6.1. През фазата на предявяване на регреси застрахователната компания трябва да си възстанови сумите за щетите, предизвикани от трети страни.

Застрахователят трябва да изиска частично или пълно възстановяване на щетите от отговорното за злополуката лице или респективно от неговата застрахователна компания.

Регресните права, предявени към трети страни, са до размера на платеното обезщетение и направените разходи от застрахователя.

3.6.2. При регресни щети - след изплащане на застрахователно обезщетение се изпраща писмо - Регресна покана, до виновното лице или застрахователната компания трябва да се представи или изпрати копие на валидна към датата на събитието застраховка. В писмото трябва да е отразена изплатената като обезщетение сума, включително и направените разходи за външни услуги. Писмото се изпраща с обратна разписка, в която се отразява номера на щетата, копие от писмото се прилага в досие-преписката.

3.7. Канцелиране

Тези операционни действия за канцелиране се извършват през различните фази от автоматизирания процес за обработване на щети. В зависимост от фазите на работния процес, възприет от програмния продукт, могат да се извършват следните

the validity of the policy until the insured amount or limit liability.

3.5. Approval of payment

3.5.1. This phase involves the compilation of a report on the payment of compensation, which contains specific information such as:

- a pre-payment or final
- beneficiary of the payment;
- method of payment;
- quantum of compensation (adjusted wound with any claim of outstanding premiums, deductibles under the contract costs incurred by the parties in an insurance contract, etc.)

3.5.2. Report damage is printed on PP «INSIS», then authenticated by authorized officials of the insurer, according to limits set by the Board of Directors.

3.5.3. Once the report is approved / endorsed actual cash payment in the amount of compensation must be made.

3.6. Regressive rights

3.6.1. In the phase of bringing recourse insurance company to recover the amount of the damage caused by third parties.

Insurer shall require the partial or complete recovery from the person responsible for the accident or, respectively, from its insurance company.

Recourse rights brought against third parties, are the amount of compensation paid and the costs incurred by the insurer.

3.6.2. Regression damage - after payment of the indemnity letter is sent - regression invitation to the guilty person or insurance company must be presented or a copy of a valid on the date of the event insurance. The letter should be reflected amount paid in compensation, including the costs of external services. The message is sent with a receipt, which reflects the number of damage, a copy of the letter shall be applied in the case-file.

3.7. Cancellation

These operational measures for cancellation shall be made in different phases of the automated process for handling damage. Depending on the phases of the operation adopted by the software can perform the following types of cancellation:

Отдел: Уреждане на претенциите

v.3

Claims Department

v.3

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

15.03.2016

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

15.03.2016

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

разновидности на канцелирания:

- Искане за канцелиране на щетата ;
- Канцелиране на ощетения обект ;
- Канцелиране на доклада за плащане на щета ;
- Канцелиране на реално плащане , и
- Канцелиране на регрес

3.8. Жалби от клиенти

3.8.1. 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.

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

3.8.2.1. Обжалването на решението на Застрахователя се осъществява от заинтересованото лице с писмена молба/възражение, като същата се разглежда в Централно Управление на Застрахователя.

3.8.2.2. 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.

3.8.3. Получените молба/възражение се регистрира в регистър жалби и се предоставят на отдел „Помощ при пътуване, злополука, здраве и финансови рискове“ за становище.

3.8.4. 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 .3.8.5. 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.

3.8.6 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

- Request for cancellation of the damage;
- Cancelling the aggrieved object;
- Cancellation of reports of payment of damage;
- Cancellation of actual payment and
- Cancellation of regression

3.8. Complaints from customers

3.8.1. 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.

3.8.2. Victim / injured person or the beneficiary may appeal the refusal to pay compensation or the amount thereof to the Insurer.

3.8.2.1. 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.

3.8.2.2. Application / objection shall be deposited in the Head Office of the Insurer 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.

3.8.3. Received a request / object is registered in the register complaints and provide the department "Travelers, accident, health and financial risks" for an opinion.

3.8.4. In each submitted request / objection insurer rule not later than 7 days for cases referring to the amount of insurance payment and in one month in all other cases

3.8.5. Employees of the department "Claims department," form an opinion on the application received / objection and make it available, together with the entire file on the damage, the Complaints Committee.

3.8.6 Complaints made up of the following members: Director Accident and Health, Head of Claims Department " and Counsel, examine the incoming request / objection together with the file attached to it by the damage and submit to the

Отдел: Уреждане на претенциите

v.3

Claims Department

v.3

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

15.03.2016

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

15.03.2016

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

писмено мотивирано становище за одобрение.

Executive Director in writing a reasoned opinion for approval.

- 3.8.7. Окончателното становище на Застрахователя по молба/възражение се подписва от Изпълнителен директор на „Групама Застраховане“ ЕАД 3.8.8. Всички спорни въпроси, за които не е постигнато доброволно уреждане, могат да бъдат отнесени за разрешаване пред компетентния съд.

- 3.8.7. The final opinion of the Insurer on request / objection signed by the Executive Director of "Groupama Insurance" JSC

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

IV. ПРОЦЕДУРИ ЗА СПЕЦИАЛИЗИРАНИ УСЛУГИ И СЪДЕЙСТВИЕ, ИЗВЪРШВАНИ ОТ АСИСТИРАЩА КОМПАНИЯ

4.1. Същност на взаимодействието

Асистиращата компания, се явява договорен партньор на застрахователя, отношенията с която са определени с клаузите на подписан договор за извършване на специализирани услуги и съдействие.

4.1. Nature of interaction

Assisting company, is the contractual partner of the insurer, the relations which are defined in terms of the signed contract for specialized services and assistance.

4.2. Проверка за наличие на застрахователна полица и застрахователно покритие

При предявявана на претенция за обезщетяване/ специализирана услуга към асистиращата компания, същата следва незабавно да провери две основни изисквания: наличието на валидна застрахователна полица и лимита на застрахователна отговорност. На практика това става по един от следните възможни начини:

4.2. Check for the presence of insurance and insurance coverage

When making a claim for compensation / specialist services to assisting company, it should immediately examine two basic requirements: the existence of a valid insurance policy and the limit of liability insurance. In practice this is done by one of the following ways:

- проверка чрез достъп в публичен уеб сайт на застрахователя;
- проверка чрез телефонна връзка с „кол център“ на застрахователя;
- проверка чрез запитване по факсова или и-мейлна връзка със застрахователя

- verification by accessing a public website of the insurer;
- verification by telephone to "call center" of the insurer;
- verification through inquiry fax or email to insurance

4.3. Предоставяне на допълнителна информация

- 4.3.1. По искане на асистиращата компания застрахованият е длъжен да предостави необходимата информация с цел пълно изясняване на обстоятелствата, които са предизвикали възникването на застрахователно/ асистирано събитие и да съдейства за изчисляване размера на обезщетението. При предявяване на претенция, от застрахования може да бъде изискано и доказателство за деня на напускане на територията на България, както и за продължителността на престоя му зад граница.

4.3. For further information

- 4.3.1. Po request of assisting company insured is obliged to provide the information needed to fully clarify the circumstances which gave rise to the emergence of an insurance / assistance event and to contribute to the calculation of compensation. When submitting a claim, the insured may be required and proof of date of departure from the territory of Bulgaria, and the duration of his stay behind granntsa.

- 4.3.2. За предявени претенции застрахованият упълномощава асистиращата компания да изисква необходимата информация от трети страни (медицински учреждения, лекари и др.), освобождавайки тези лица от задължението за конфиденциалност и спазване на лекарска тайна. В противен случай, застрахователят запазва правото си частично или изцяло да откаже удовлетворяване на претенцията.

- 4.3.2. Submitted claims for insured authorizes assisting company to request relevant information from third parties (medical facilities, doctors, and others.) Tion release such persons from the obligation of confidentiality and adherence to medical confidentiality. Otherwise, the insurer reserves the right to partially or

- 4.3.3. Застрахованият следва да се съобразява с инструкциите за връзка с

Отдел: Уреждане на претенциите

v.3

Claims Department

v.3

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

15.03.2016

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

15.03.2016

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

аистиращата компания, тъй като точното спазване и изпълнение на сроковете, изискванията, условията и потвърждаване валидността на полицата са условия, предшестващи всяка отговорност на Застрахователя за настъпило застрахователно събитие и осъществяване на плащания от аистанс компанията, свързани с него.

4.3.4. При възникване на събитие, което може да доведе до предявяване на претенция, застрахованият трябва да вземе всички възможни предпазни мерки за ограничаване на щетите и да сътрудничи за предоставяне на детайлна информация по отношение описанието на обстоятелствата, довели до възникването на застрахователното/асистанс събитие.

4.3.5. Асистиращата компания има право да откаже, частично или изцяло, удовлетворяване на претенция, ако застрахованият не е изпълнил задълженията си.

V. РАЗКРИВАНЕ И ПУБЛИКУВАНЕ НА ИНФОРМАЦИЯ

5.1. Изисквания за публичност

Застрахователят трябва да направи публично достъпна (например в своя интернет уеб - сайт) и при възлагане от вътрешни правила или надзорен орган да предоставя следната информация:

- (а) образци от документите, с които се предявява щета
- (б) процедури за обработване на щети;
- (в) подробности от стандартите за ликвидационна процедура на застрахователя;
- (г) подробности за асистиращата компания;
- (д) подробности от процеса за обработване на жалби от застрахователя, включително лице за контакт, телефонен номер и и-мейл адрес

5.2. Изисквания за съдържателност

Препоръчаната, съгласно горните изисквания, информация трябва да бъде предоставяна без да се изисква нейното заплащане от ползващите я лица, както и да бъде написана и представяна по ясен, кратък и ефективен начин.

VI. ПРАКТИКИ И СТАНДАРТИ ЗА ЛИКВИДАЦИОННА УСЛУГА

6.1. Общи отговорности

Застрахователят трябва да изпълнява своевременно и ефикасно комуникационните взаимоотношения с бенефициентите, включително за обработването и обслужването

completely refuse to satisfy the claim.

4.3.3. Insured must comply with the instructions for connecting to aistirashata company as exact compliance and enforcement of the terms, conditions, rules and the confirmation of the validity of the policy conditions are prior to any liability on Zastrahovatelya for an insurance event and make payments from aistans company associated with it.

4.3.4. Upon occurrence of an event that could lead to the claim, the insured must take all possible precautions to prevent further damage and to cooperate to provide detailed information regarding the description of the circumstances that led to the emergence of the insurance / assistance event.

4.3.5. Assisting company has the right to refuse in part or in full satisfaction of the claim if the insured has not fulfilled its obligations.

V. DISCLOSURE AND PUBLICATION OF INFORMATION

5.1. Requirements for public

The insurer must make available to the public (eg in its Internet web - site) and the award of internal rules or supervisor to provide the following information:

- (a) models of the documents, which brought damage
- (b) procedures for handling damage;
- (c) details of the standards for the liquidation process of the insurer;
- (d) details of assisting company;
- (e) details of the process for handling complaints by the insurer, including contact person, phone number and email address

5.2. Requirements for fleshiness

Recommended, as required above, the information must be provided without requiring the payment of its users, to the Council and to be written and presented in a clear, concise and effective manner.

VI. PRACTICES AND STANDARDS FOR LIQUIDATION SERVICE

Отдел: Уреждане на претенциите

v.3

Claims Department

v.3

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

15.03.2016

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

15.03.2016

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

на предявените искове.

6.2. Използване на стандарти за ликвидационна услуга

Застрахователят трябва да документира своите практики / стандарти (или всяка тяхна промяна) за ликвидационна услуга.

Основно изискване, което се препоръчва към практиките/ стандартите е те да бъдат публично достъпни.

6.3. Промяна на стандартите за ликвидационна услуга

Нормативната база или вътрешни правила могат да препоръчват на застрахователя да променя своите практики / стандарти за ликвидационна услуга.

6.4. Допълнителна информация и консултация

Друга информация, извън препоръчаната за промяна, не може да бъде фактор за приемане или отхвърляне на стандартите за ликвидационна услуга.

6.5. Съдържание на стандартите за ликвидационна услуга

Стандартите за ликвидационна услуга трябва да бъдат минималните стандарти, извън изискванията на точка 6.6., като в същото време трябва да покриват, най-малко следните изисквания – време за отговор на застрахователя, ниво на общото обслужване от застрахователя, и формата и съдържанието на комуникацията между страните.

Застрахователят трябва да установи свои собствени най-добри практики или стандарти за ликвидационна услуга. Тези практики / стандарти трябва да покриват методите и времевата рамка, през която застрахователя (или застрахователя и неговата асистираща компания) трябва да се свържат и комуникират с бенефициентите по отношение на настъпило събитие.

6.6. Добри практики / Минимални стандарти за ликвидационна услуга

Практиките / Стандартите за ликвидационна услуга трябва да съдържат поне следното:

- (а) Застрахователят трябва да информира бенефициентите, че задължителната преддоговорна информация се изисква във връзка с оценяването на обезщетението от застрахователя;
- (б) Една щета може да се счита за приета от Застрахователя, когато той получи пълната изисквана информация от бенефициентите или асистиращата компания. Незасимимо от това дали или не бенефициентът трябва да представи друга информация, допълнително изисквана от застрахователя, или незасимимо от това дали или не щетата е заведена в неговата информационната система;
- (в) В срок от пет (5) работни дни от получаването на сведенията/ уведомление за

6.1. General responsibilities

The insurer must perform timely and efficient communication relationships with beneficiaries, including the processing and servicing of the claims.

6.2. Use of standards for liquidation service

Zastrahovayatelyat should document their practices / standards (or any modification thereof) for the salvage service.

Fundamental requirement, it is recommended to practice / standards is to be made public.

6.3. Changing standards of liquidation service

Regulatory framework or internal rules may recommend an insurer to change its practices / standards liquidation service.

6.4. Additional information and consultation

Other information outside of the recommended change can not be a factor for the acceptance or rejection of standards liquidation service.

6.5. Content standards liquidation service

Liquidation service standards should be minimum standards beyond the requirements of section 6.6. While at the same time must cover at least the following requirements - response time of the insurer, the overall level of service from the insurer and the form and content of komunikiraneto between the parties.

Insurer must establish its own best practices or standards for liquidation service. These practices / standards should cover the method and time frame during which the insurer (or its insurer and assistance company) to connect and communicate with the beneficiaries in terms of occurrence.

6.6. Best Practices / Minimum standards for liquidation service

Practices / standards salvage service must contain at least the following:

- (a) an insurer shall inform the beneficiaries that mandatory pre-contractual information required in relation to the assessment of compensation by the insurer;
- (b) an injury can be deemed accepted by the insurer when he received the full information required by the beneficiaries or assisting company. nezasimimo of whether or not the beneficiary must submit additional information, the additional requirements of the insurer, or nezasimimo of whether or not the damage was brought to its information system;
- (c) within five (5) working days of receipt of information / notification of an accident,

Отдел: Уреждане на претенциите

v.3

Claims Department

v.3

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

15.03.2016

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

15.03.2016

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

настъпила злополука, застрахователят трябва да :

- (г) потвърди получаването на уведомлението за щетата ;
- (д) направи обяснение на това , какви стъпки трябва да извърши застрахователя за оценяване на щетата ; и
- (е) информира бенефициентите , че щетата ще бъде приета или отказана от застрахователя

6.7. Финансови взаимоотношения

Застрахователят установява процедури за обслужване на щетите , които следват от това , че асистиращата компания притежава финансова стабилност, доста тъчна за това да обслужва събитията , произтичащи вследствие на щетите, включително създаването на възприети приоритети към застраховани лица по предявени щети.

6.8. Надзор върху работата на асистираща компанията

Застрахователят трябва да препоръчва на асистиращата компания , извършваща специализирани услуги и съдействие от името на застрахователя да:

- (а) действа по професионален начин ;
- (б) информира бенефициентите за техния статут и да идентифицира застрахователя за който те работят ;
- (в) спазва законодателните изисквания и да спазва и да е в съответствие с тази процедура

6.9. Експертиза на асистираща компанията

Застрахователят трябва да бъде сигурен , че действията извършвани от асистираща компания за негова сметка са:

- (а) приети от застрахователя;
- (б) притежатели на регистрация и квалификация , препоръчвани от действащото право;
- (в) със значителен опит да действат по отношение на областта в която са избрани от застрахователя.

VII. ОСНОВАНИЯ ЗА ВЗЕМАНЕ НА РЕШЕНИЯ.

7.1. Документиране на причините

Застрахователят трябва писмено да документира и да изпрати на бенефициента причините за отказ от частично или пълно изплащане на щета, като същевременно

the insurer shall:

- (d) acknowledge receipt of the notification of the damage;
- (e) make an explanation of what steps you need to perform the insurer to assess the damage, and
- (f) inform the beneficiaries that the damage will be accepted or denied by the insurer

6.7. Financial relationships

The insurer shall establish procedures for servicing the damage resulting from that assisting company has financial stability, rather cient for this service events, resulting from the damage caused, including the establishment of the priorities to insured persons claimed damages.

6.8. Supervise the work of assisting company

Insurer shall recommend to assist the state company operating specialized services and assistance on behalf of the insurer:

- (а) act in a professional manner;
- (b) benefitsienitite informed of their status and to identify the insurer for which they work;
- (c) comply with legal requirements and to comply and not comply with this procedure

6.9. Expertise in assisting company

Insurer must be sure that the actions performed by the assistance company for its own account are:

- (а) adopted by the insurer;
- (b) holders of registration and qualification recommended by applicable law;
- (c) significant effort to act in respect of the area in which they are elected by the insurer.

VII. REASONS FOR DECISION MAKING.

7.1. Documentation of the reasons

The insurer must be documented in writing and sent to the beneficiary reasons for denial of partial or full payment of the damage, while having to advise the beneficiary of its

Отдел: Уреждане на претенциите

v.3

Claims Department

v.3

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

15.03.2016

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

15.03.2016

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

трябва да посъветва бенефициента за своето решение и за причините за това , както и за наличността на система за разрешаване на споровете.
Застрахователят може, при поискване, да изисква копие от докладите на асистиращата компания , което е свързано с отказа от изплащане на обезщетение от застрахователя.

7.2. Съгласуваност

Причините , отбелязани в точка 7.1. , трябва да бъдат в съответствие с общите условия на застраховката , и където е възможно да препращат към съответната информация, свързана с решението на застрахователя , описано в доклада за щетата.

7.3. Съдържание, непокрито от причините

Когато причините са основателно представени няма препоръка към застрахователя да разкрива информация :

- (а) събирана от трети страни , която е конфиденциална или да идентифицира тези трети страни ;
- (б) която не трябва да бъде разкривана според действащото законодателство ;
- (в) която да е обект на правни професионални привилегии ; и
- (г) която да засяга застрахователя във всякакво бъдещо проучване или във всеки спор по отношение на щетата.

VIII. ПРЕПРАЩАНЕ КЪМ ДРУГИ ДОКУМЕНТИ.

Политика № 10.02.02 Добросъвестна търговска практика за управление на застрахователни обезщетения

Общи условия на застраховка «Помощ при пътуване»

Кратка инструкция за последователност на работа при издаване на полици «Помощ при пътуване » посредством програмна система «ИНСИС»

Requirement Specification for General Insurance , Final Version, June 2005 , FADATA , Sofia

IX. ПРИЕМАНЕ И ПРОМЯНА

§ 1 Първата версия на тази процедура е в сила за отчетните периоди , настъпващи след 25 юли 2006 година

decision and the reasons for, and the availability of a system for resolving disputes.

The insurer may, upon request, to request a copy of the reports of assisting company that is associated with the refusal of the payment of compensation by the insurer.

7.2. Consistency

Reasons listed in section 7.1. Must be in accordance with the terms of the insurance and, where possible, refer to the relevant information relating to the decision of the insurer described in the report on the damage.

7.3. Content not covered by reasons

If the reasons are justified provided no advice to the insurer to disclose information:

- (a) collected by third parties that is confidential or identifying those third parties;
- (b) not to be disclosed under applicable law;
- (c) that is the subject of legal professional privilege,
- (d) that affects the insurer in any future investigation or any dispute regarding the damage.

VIII. Other documents.

Policy № 10.02.02 Good trade practice management claims

Terms and conditions of insurance "Travel Assistance»

Brief instruction sequencing when issuing policies "Travel Assistance" program through the system "INSIS»

Requirement Specification for General Insurance, Final Version, June 2005, FADATA, Sofia

IX. ПРИЕМАНЕ И ПРОМЯНА

§ 1 The first version of this procedure is effective for reporting periods occurring after July 25, 2006

Име на документ: Вътрешни правила за изпълняване на ликвидационна услуга за застраховка „Помощ при пътуване“

Стр. 13 от 13

Name of the document: Internal rules for Claims handling for Travel Insurance

Page 13 of 13

Отдел: Уреждане на претенциите

v.3

Claims Department

v.3

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

15.03.2016

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

15.03.2016

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

§ 2. Тази процедура е разработена, съгласно изискванията на Кодекса за застраховане и Политиката за добросъвестна търговска практика за управление на застрахователни обезщетения, приета от Съвета на директорите на Застрахователя.

§ 3. Тази процедура е приета на заседание на Съвета на директорите на Застрахователя от 20.10.2006 г., изменена и допълнена с Решение на Съвета на директорите на «Групама Застраховане» ЕАД, отразено в Протокол от 31.05.2013 г., изменена и допълнена с Решение на Съвета на директорите на «Групама Застраховане» ЕАД, отразено в Протокол от 15.03.2016 г.

§ 2. This procedure has been developed according to the requirements of the Insurance Code and the Policy on fair trade practices for the management of claims adopted by the Board of Directors of the Insurer.

§ 3. This procedure was adopted at a meeting of the Board of Directors of the Insurer of 20.10.2006, as amended by Decision of the Board of Directors of «Groupama Insurance» PLC reflected in the Minutes of 31.05.2013 amended by Decision of the Board of Directors of «Groupama Insurance» PLC reflected in the Minutes 15.03.2016