

**ВЪТРЕШНИ ПРАВИЛА
НА ЧЪББ ЮРЪПИЪН ГРУП СЕ (CHUBB EUROPEAN GROUP SE)**

ЗА

ДЕЙНОСТТА ПО УРЕЖДАНЕ НА ПРЕТЕНЦИИ ПО ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ ДОГОВОРИ

I. ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Тези Вътрешни правила за дейността по уреждане на претенции по застрахователни договори съгласно чл. 104 от Кодекса на застраховането (наричани по-долу **“Правилата”**) уреждат процедурите, по които Чъбб Юръпиън Груп СЕ (Chubb European Group SE, наричано по-долу **“Застрахователя”**), приема претенциите по застрахователните договори от потребителите на застрахователни услуги (наричани по-долу за краткост **„Застрахован/и“** или **„Ползвател/и на застрахователни услуги“**), събира доказателствата за установяване на тяхното основание и размер, извършва оценка на причинените вреди, определя размерите на обезщетенията, извършва разплащанията с потребителите на застрахователни услуги, съответно уреждането на техните претенции и разглежда жалби, подадени до него.

1.2. Политиката на Застрахователя при уреждането на претенциите се определя от принципите на законосъобразност, ликвидност, сигурност и справедливост.

1.3. Отношенията по предоставяне на застрахователни услуги между Застрахователя и неговите клиенти се уреждат чрез застрахователни договори, отговарящи на действащото законодателство и утвърдената практика на Застрахователя.

II. ЗАВЕЖДАНЕ НА ПРЕТЕНЦИИ ОТ ПОЛЗВАТЕЛИ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ УСЛУГИ

2.1. Ползвателят на застрахователни услуги, който желае да заведе претенция до Застрахователя, е длъжен да уведоми Застрахователя за настъпването на застрахователното събитие.

2.2. Уведомяването на Застрахователя за настъпване на застрахователно събитие и причинени следствие на него щети, се извършва в съответствие с разпоредбите на чл. 106, ал. 1 и ал. 2 и чл. 380, ал. 1 от Кодекса за застраховането и в сроковете, и по реда, установени в Общите условия на всеки отделен вид застраховка.

2.3. Застрахователят удостоверява завеждането на всяка подадена претенция и регистрира с поставянето на дата и входящ номер, съгласно вътрешните си правила за организация на дейността и документооборота. Застрахователят регистрира датата на последващо получаване на всеки документ по претенцията, и удостоверява всяко от тези обстоятелства поотделно или под опис пред лицето, заявило претенцията.

III. СЪБИРАНЕ НА ДОКАЗАТЕЛСТВА ЗА УСТАНОВЯВАНЕ ОСНОВАНИЕТО И РАЗМЕРА НА ПРЕТЕНЦИИТЕ

3.1. Заявените щети по имуществените застраховки, се завеждат надлежно от Застрахователя съгласно вътрешните му правила за организация на дейността.

3.2. При заявяване на щети по имуществена застраховка, Застрахователят провежда оглед на увреденото имущество. Застрахованият е задължен да допусне Застрахователя за извършване на огледа и да му предостави всички документи, пряко свързани с установяването на застрахователното събитие и размера на вредите. Застрахователят уведомява Застрахования за всички доказателства, които той трябва да представи за доказване основанието и размера на претенцията.

3.3. За периода след завеждане на претенцията, Застрахованият е длъжен да извърши необходимите действия за ограничаване на вредите от застрахователното събитие и да следва указанията на Застрахователя.

3.4. За доказване на претенцията по основание Застрахованият (третото увредено лице) представя следните, но не и само, документи:

- ✓ валидна застрахователна полица (първия екземпляр) и приложения към нея (добавъци, споразумения, опис на имуществото и други документи, които имат отношение към установяване на основанието и размера на претенцията, като се съобразява разпоредбата на чл.106, ал.5 от КЗ);
- ✓ документи, доказващи плащането на застрахователната премия в сроковете, предвидени в договора;
- ✓ документи, идентифициращи лицето (документ за самоличност, удостоверение за актуално състояние) и удостоверяващи качеството на лицето и правото му да получи претендираното обезщетение;
- ✓ документи, издадени от съответен държавен орган и доказващи настъпване на застрахователно събитие. Например, при кражба, грабеж, злоумишлени действия от страна на трети лица (вандализъм) – документ от съответния правоохранителен орган.

3.5. Застрахователят може да изисква допълнителни доказателства при спазване на нормите на чл. 106, ал. 3, ал. 4 и ал. 5 от Кодекса за застраховането, като уведоми писмено Застрахования, съответно третото увредено лице за допълнителните доказателства. Уведомяването става по реда, посочен в съответния застрахователен договор.

3.6. Застрахователят има право да изиска и получи от Застрахования и други документи и/или материали, извън посочените в договора, Общите условия и/или настоящите правила, които пряко или косвено имат отношение към застрахователното събитие и могат да послужат при определяне на основанието за изплащане на застрахователното обезщетение или размера му.

3.7. Застрахователят не може да изисква доказателства, с които Застрахованият не може да се снабди поради съществуващи нормативни пречки или поради липсата на правна възможност за осигуряването им. В случаите, когато се изисква представянето на оригинални документи, Застрахователят не може да откаже приемането на преписи на документите, заверени по установения от закона ред, както и копия на документи, заверени от Застрахования след направено сверяване с оригинала от представител на Застрахователя, освен в случаите, когато нормативен акт изрично предвижда предоставянето на документ в оригинал.

IV. ОЦЕНЯВАНЕ НА ВРЕДИТЕ, РЕЗУЛТАТ ОТ ЗАСТРАХОВАТЕЛНОТО СЪБИТИЕ

4.1. За оценка на вредите Застрахователят провежда оглед на увреденото имущество. При необходимост от специални знания в огледа на имуществото се включва и вещо лице, което се посочва от Застрахователя. В случаите, когато щетата е причинена от трето лице и то е известно, по възможност се осигурява присъствие и на това лице или негов представител.

4.2. Фактите и обстоятелствата, които се установяват по време на огледа, се отразяват в съответни документи на Застрахователя. Документите се представят на Застрахования при спазване на законодателството.

4.3. Всички препоръки и указания, целящи ограничаване на вредите, които са дадени от Застрахователя на Застрахования, имат задължителен характер за застрахованите лица, но не означават, че Застрахователят признава претенцията по основание и/или размер.

V. ОПРЕДЕЛЯНЕ РАЗМЕРА НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНОТО ОБЕЗЩЕТЕНИЕ

5.1. Застрахователното обезщетение се определя от Застрахователя в границите на определената със застрахователния договор застрахователна сума и при спазване нормите на Кодекса за застраховането. Лимитът на застрахователното покритие по застраховката за всяко събитие се определя с полицата.

5.2. Застрахователят определя дължимото обезщетение съобразно размера на застрахователната сума, вида на застрахователното събитие, последиците от него и представените доказателства за установяване на основанието и размера на обезщетението.

5.3. Ако е предвидено със застрахователния договор, Застрахователят приспада от размера на обезщетението стойността на годните материали или повреденото и подменено имущество и самоучастието на Застрахования.

5.4. Застрахователят може да откаже обезщетение:

- ✓ в случаите, предвидени в сключения застрахователен договор;
- ✓ при умишлено причиняване на застрахователното събитие от Застрахования или трето ползващо се лице;
- ✓ при неизпълнение на задължение по застрахователния договор, което е значително с оглед интереса на Застрахователя и е било предвидено в закон или в застрахователния договор;
- ✓ при настъпване на вредите в резултат на събития, които не представляват покрити по застрахователния договор рискове;
- ✓ ако претенцията е измамлива;
- ✓ в други случаи, предвидени със закон.

5.5. За всички случаи на отказ за предоставяне на застрахователно обезщетение, Застрахователят изпраща мотивиран отговор на Застрахования, при условията и в сроковете установени в Кодекса за застраховането.

VI. УРЕЖДАНЕ НА ПРЕТЕНЦИИ

6.1. Застрахователят се произнася по претенцията, в срок до 15 (петнадесет) работни дни от приключването на всички необходими проучвания и от получаването на всички необходими доказателства за установяване на застрахователното събитие и на основанието и размера на претенцията, като:

- ✓ определя и изплаща размера на обезщетението, или урежда застрахователната претенция, или
- ✓ мотивирано отказва претенцията.

6.2. Когато Ползвателят на застрахователната услуга е дал съгласието си вредите да бъдат отстранени от външен изпълнител, в срока по чл. 6.1. Застрахователят възлага на външния изпълнител възстановяването на вредите. В случаите по изречение първо възстановяването на вредите се извършва в разумен срок.

6.3. В случаите, когато след уреждане на застрахователното обезщетение, противозаконно отнетото застраховано имущество бъде намерено, Застрахованият е длъжен да прехвърли правото на собственост върху него на Застрахователя или на писмено посочено от Застрахователя лице. Ако Застрахованият желае да задържи това имущество, той трябва да върне на Застрахователя полученото обезщетение.

6.4. Застрахователят, в случаите, когато е изплатил или предоставил застрахователно обезщетение по застрахователен договор за имуществена щета, виновно причинена от трето лице, встъпва в правата на Застрахования срещу третото лице до размера на застрахователното обезщетение и направените разноски. Отказът на Застрахования от правата му срещу третото лице, виновно причинило щетата, е недействителен спрямо Застрахователя. Застрахованият е длъжен да съдейства на Застрахователя при упражняване на правата му срещу причинителя на вредата.

VII. РАЗГЛЕЖДАНЕ НА ЖАЛБИ, ПОДАДЕНИ ОТ ПОЛЗВАТЕЛИ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ УСЛУГИ

7.1. Ползвателят на застрахователни услуги има право да отправи запитване/жалба относно неговата полица или начина на уреждане на претенцията до Застрахователя, по реда определен в Общите условия по застраховката.

7.2. Запитването/жалбата се регистрира незабавно. Застрахователят ще отговори на запитването/жалбата при спазване на законовите срокове.

7.3. Ползвателят на застрахователни услуги може да се обърне към Комисията за финансов надзор за съдействие, ако не е удовлетворен от отговора на Застрахователя. Данните за контакт с КФН са: адрес: гр. София 1000, ул. „Будапеща“ № 16; e-mail: delovodstvo@fsc.bg; website: <http://www.fsc.bg/bg/za-potrebitelya/zhalbi/>.

7.4. Обжалването на действията и актовете на Застрахователя пред неговите органи не засяга правото на иск по съдебен ред на заинтересованото лице (застрахован, ползващо се лице). Това право е самостоятелно и се упражнява по реда на Гражданско процесуалния кодекс, съгласно действащото българско законодателство. На територията на Република България споровете, свързани с предоставянето на застрахователни услуги, могат да бъдат разгледани извънсъдебно в производство по алтернативното решаване на спорове /АРС/ пред секторната помирителна комисия към Комисията за защита на потребителите или чрез медиация.

VIII. ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

§1. Тези Правила за дейността по уреждане на претенции по застрахователни договори, сключвани от Чъбб Юрпиън Груп СЕ, са установени на основание чл. 104 от Кодекса за застраховането. Правилата не се прилагат за уреждане на претенции за застраховки на големи рискове, освен ако в тях е предвидено друго. “Големи рискове” са рисковете по смисъла на §1, т. 31 от Допълнителните разпоредби на Кодекса за застраховането. Застрахователят може да приема специални правила за уреждане на застрахователни претенции, приложими за конкретни застрахователни продукти.

§2. Промени и допълнения в тези Вътрешни правила могат да бъдат извършвани по реда на тяхното приемане.

§3. Настоящите Вътрешни правила са приети от Чъбб Юрпиън Груп СЕ на 28.03.2019 г., допълнени на 18.04.2019 г., изменени и допълнени на 12.06.2020 г.

Специални правила за уреждане на застрахователни претенции и жалби по Застраховка на устройство “Смартфон Протект” и “Смартфон Протект+”

I. ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Това са Специални правила за уреждане на застрахователни претенции и жалби по Застраховка на устройство “Смартфон Протект” и “Смартфон Протект+” („Специални правила“). При противоречие между Общата част на Правилата и Специалните правила, последните имат приоритет, по отношение на Застраховка на устройство “Смартфон Протект” и “Смартфон Протект+”, при спазване на приложимите закони.

1.2. Основните страни в процедурата по уреждане на застрахователни претенции и жалби по тези Специални правила са:

а. Застраховател: **Чъбб Юрпиън Груп СЕ** (Chubb European Group SE), европейско застрахователно дружество (SE), съществуващо и опериращо съгласно разпоредбите на френския Кодекс за застраховане, вписано в Регистъра на търговията и дружествата (Registres du Commerce et des Sociétés – RCS) в Нантер с регистрационен номер 450 327 374 и със седалище и адрес на управление във Франция, адрес: Ла Тур Карпе Дием, 31 Плас де Корол, Еспланад норд, 92400 Курбеуа, Франция (La Tour Carpe Diem, 31 Place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie, France). Чъбб Юрпиън Груп СЕ осъществява своята застрахователна дейност на територията на Република България на базата на свободата на предоставяне на услуги чрез унгарския си клон Чъбб Юрпиън Груп СЕ Мягяорорзаги Фьоктелепе (Chubb European Group SE Magyarországi Fióktelepe), учреден съгласно законите на Република Унгария и регистриран в Търговския регистър с номер 01-17-000467, ДДС номер 22384407-2-41, чийто регистриран офис е с адрес в гр. Будапеща 1054, Сабадшаг тер 7, Банк сентър (1054 Budapest, Szabadság tér 7., Bank Center).

Застрахователят е възложил следните дейности на следните лица:

б. Администратор на претенциите: „Марш“ ЕООД, вписано в Търговския регистър и Регистъра на юридическите лица с нестопанска цел под ЕИК 130404971, с адрес: гр. София 1784, район Младост, бул. „Цариградско шосе“ 90, Капитал Форт, сграда А, ет. 11, номер на факс +359 2 402 00 19, имейл адрес: Claims.Telenor@marsh.com, на когото Застрахователят е възложил изпълнението на дейностите по уреждане на застрахователните претенции.

с. Посредник: „Теленор България“ ЕАД (Теленор), вписано в Търговския регистър и Регистъра на юридическите лица с нестопанска цел под ЕИК 130460283, със седалище и адрес на управление в гр. София 1766, район Младост, ж.к. Младост 4, Бизнес парк София, сграда 6, на когото Застрахователят е възложил изпълнение на дейности по разглеждане на жалби от потребители на застрахователни услуги и дейности по ремонтване или подмяна на застраховани устройства в Ремонтните центрове на Теленор.

1.3. Термините, които не са изрично дефинирани в тези Специални правила, ще имат значението, което им е дадено в *Общите условия за застраховка на устройство „Смартфон протект“ и „Смартфон протект +“ („Общите условия“)*.

II. ЗАВЕЖДАНЕ НА ПРЕТЕНЦИЯ

2.1. Претенция за настъпване на застрахователно събитие по сключена полица за Застраховка на устройство “Смартфон Протект” и “Смартфон Протект+” (наричана по-долу “Полицата”) може да бъде предявена от застрахованото лице по Полицата („Застрахованото лице“) или от всяко лице, упълномощено от Застрахованото лице с изрично писмено пълномощно и което лице познава данните по Полицата и обстоятелствата по претенцията („Упълномощено лице“).

2.2. В случай на Кражба или злоумишлена Повреда, Застрахованото лице или Упълномощеното лице трябва да уведоми Полицията или съответните власти (ако събитието е настъпило извън България, местният еквивалент на Полицията) в рамките на **48 часа** от откриването на Кражбата или злоумишлената Повреда и да получи официален полицейски протокол относно застрахователното

събитие. Този полицейски протокол трябва да посочва IMEI или сериен номер на застрахованото устройство, засегнато от Кражба или злоумишлена Повреда.

2.3. За да заведе претенция, Застрахованото лице или Упълномощеното лице трябва да уведоми Администратора на претенциите чрез кол центъра на Теленор на следния телефонен номер **+35989123** (дължат се такси за разговора съгласно тарифния план на Застраховано лице), веднага щом е възможно, но не по-късно от **7 (седем) работни дни** след откриването на Кражбата или Повредата. Работното време на Администратора на претенциите е от 10:00 ч. до 19:00 ч., от понеделник до петък.

2.4. По време на разговора представителите на кол центъра на Теленор ще проверят дали съществува действаща Полица на името на Застрахованото лице и телефонния номер на Застрахованото лице, като също така ще проверят дали падежиралите застрахователни премии по Полицата са били надлежно платени и ако не са, Застрахованото лице (лично или чрез Упълномощеното лице) ще получи указание да ги заплати в срок от 7 (седем) календарни дни и във всеки случай преди претенцията да бъде уредена от Застрахователя. След това разговорът ще бъде пренасочен към специалната линия на Администратора на претенциите. След като разговорът бъде пренасочен, Администраторът на претенциите също ще провери данните по Полицата, данните за Застрахованото лице и застрахованото устройство и дали падежиралите премии са надлежно платени.

2.5. След като разговорът за завеждане на претенция бъде пренасочен към Администратора на претенциите, Застрахованото лице или Упълномощеното лице трябва да направи ясно, точно и подробно изявление относно обстоятелствата по претенцията и да предостави на Администратора на претенции цялата информация, с която разполага и да отговори на всички въпроси на Администратора на претенции.

2.6. Телефонният разговор за завеждане на претенция се записва за доказателство в съответствие с приложимите закони и разпоредби за поверителност и защита на данните.

2.7. Във всеки случай на съществуваща действаща Полица, Администраторът на претенциите ще регистрира претенцията и ще запише детайлите по претенцията в своята система за обработване на претенции.

2.8. Застрахованото лице или Упълномощеното лице подписва и писмена застрахователна претенция (формуляр за регистриране на претенция) в срока по т. 2.3 по-горе и съгласно Общите условия към Полицата и инструкциите на Администратора на претенциите. Формулярът за регистриране на претенцията обобщава основните данни от Полицата и основните обстоятелства по претенцията, записани по време на разговора. Застрахованото лице или Упълномощеното лице има право да добави допълнителна информация, която е относима към случая, или да направи корекция по своя преценка.

III. СЪБИРАНЕ НА ДОКАЗАТЕЛСТВА ЗА УСТАНОВЯВАНЕ ОСНОВАНИЕТО И РАЗМЕРА НА ПРЕТЕНЦИЯТА

3.1. В определени случаи Администраторът на претенциите може да изиска от Застрахованото лице или Упълномощеното лице да предостави документи, свързани с Полицата и претенцията. Тези документи могат да бъдат следните: надлежно заверени от Застраховано лице или Упълномощеното лице копия на Полицата и документите към нея, фактурата за закупуване на застрахованото устройство, доказателства за заплащане на месечни застрахователни премии, всякакви документи относно предишни ремонти, официалния документ от Полицията (полицейски протокол съгласно т. 2.2. по-горе), пълномощно (ако претенцията е предявена от Упълномощено лице) и др.

3.2. Ако е необходимо допълнително доказателство или информация, за да се вземе решение по същество относно претенцията, Администраторът на претенциите ще уведоми Застрахованото лице или Упълномощеното лице в телефонния разговор, или по електронен път или по пощата и ще поиска необходимата допълнителна информация.

3.3. Доказателствата, предоставени от Застрахованото лице или Упълномощеното лице, трябва изрично и недвусмислено да удостоверяват застрахователното събитие и неговите обстоятелства, в противен случай претенцията ще бъде отхвърлена/отказана от Застрахователя.

3.4. За всички допълнително предоставени доказателства и документи се съставя приемателно-предавателен протокол, удостоверяващ датата, на която са представени и приети от името на Застрахователя (чрез Администратора на претенциите).

3.5. Застрахователят ще вземе решение въз основа на информацията и документите, предоставени от Застрахованото лице или Упълномощеното лице и съгласно Общите условия. Застрахователят (чрез Администратора на претенциите) ще одобри претенцията съгласно Общите условия и ще уведоми Застрахованото лице или Упълномощеното лице за следващите стъпки по уреждането на претенцията; или ще изпрати на Застрахованото лице или Упълномощеното лице писмено уведомление за мотивиран отказ в рамките на 15 работни дни от получаването от Застрахователя на всички изискани документи и информация.

3.6. Претенцията може да бъде отхвърлена на основания, посочени в Общите условия, в това число Застрахователят ще отхвърли/откаже претенцията и ако претенцията е непълна, противоречива или неподходяща за оценка по същество на претенцията, тъй като съществените обстоятелства по претенцията не могат да бъдат установени или останат неразкрити. Администраторът на претенциите предоставя писмено уведомление до Застрахованото лице или Упълномощеното лице за мотивиран отказ на претенцията в срока по т. 3.5. по-горе.

IV. УРЕЖДАНЕ НА ПРЕТЕНЦИИ

4.1. В случай на одобрена претенция, Застрахователят, въз основа на решението си и по своя преценка, ремонтира или подменя застрахованото устройство (чрез ново, подновено устройство или друго устройство с безупречен външен вид и техническо състояние, със същите или подобни характеристики на застрахованото устройство), винаги при условие, че общата отговорност на Застрахователя за една претенция, т.е. разноските на Застрахователя за ремонта или подмяната на устройството, няма да надвишават стандартната цена на устройството без Абонаментен план за услуги на Теленор, която цена е посочена в Полицата и документите към нея. Подмяна на застрахованото устройство с друго с подобни спецификации ще бъде направена, ако не може да бъде намерено еквивалентно устройство в складовете на Теленор. Застрахователят става собственик на всички подменени части или на цялото устройство, ако то е било подменено, след като претенцията на Застрахованото лице е била удовлетворена.

4.2. По Застраховка на устройство "Смартфон Протект" и "Смартфон Протект+" не се предоставя парично обезщетение. Не се предоставя устройство от по-висок клас от застрахованото устройство.

4.3. В случай на одобрена претенция и при условие, че са заплатени всички падежирали, забавени и непогасени месечни застрахователни премии (ако има такива), Застрахователят възлага ремонта или подмяната на застрахованото устройство на Теленор.

4.4. Предаването на застрахованото устройство в магазин на Теленор своевременно, за да може устройството да бъде поправено или подменено от Застрахователя, е предварително условие за отговорността на Застрахователя, когато настъпи каквото и да е застрахователно събитие по Полицата (с изключение на Кражба). Устройството следва да бъде предадено с изключени блокиращи и заключващи функции, или в противен случай може да бъде върнато на Застрахованото лице или Упълномощеното лице и преписката по претенцията да бъде приключена.

4.5. При одобрена претенция съгласно Общите условия, подмяна или ремонт след възлагане от Застрахователя следва да бъде извършен/а от Теленор в рамките на 30 (тридесет) календарни дни от предаване на устройството (в случай на Повреда) в магазин на Теленор. Застрахованото лице следва да бъде уведомено от Теленор, когато неговото ремонтирано или подменено устройство е готово за получаване в магазина на Теленор, в който първоначално е оставено.

4.6. IMEI номера/ серийен номер на застрахованото устройство, предадено за ремонт, трябва да съвпада с IMEI номера/ серийния номер, посочен на Администратора на претенциите при регистрирането на претенцията. Ако IMEI/ серийния номер не съвпада, Теленор ще покани Застрахованото лице или Упълномощеното лице да представи допълнителни доказателства във връзка с промяната на IMEI номера/ серийния номер при ремонт в оторизиран сервиз. Ако такива доказателства не бъдат

предоставени, Теленор може да покани Застрахованото лице или Упълномощеното лице да получи обратно устройството и Теленор ще уведоми Администратора на претенциите, че преписката по претенцията следва да бъде приключена.

4.7. Необходимо е Застрахованото лице да заплати сумата на самоучастието, посочена в Полицата, преди ремонтираното или подменено устройство да бъде предоставено на Застрахованото лице или Упълномощено лице.

4.8. Ново (Подменено) устройство се получава само лично от Застрахованото лице.

4.9. След уреждането на претенцията, Теленор и Застрахованото лице или Упълномощеното лице подписват приемо-предавателен протокол. Застрахованото лице или Упълномощеното лице получава удостоверение за гаранция за ремонта съгласно Общите условия.

V. РАЗГЛЕЖДАНЕ НА ЖАЛБИ, ПОДАДЕНИ ОТ ПОЛЗВАТЕЛИ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ УСЛУГИ

5.1. В случай че Застрахованото лице или Упълномощеното лице не е доволно от уреждането на претенцията от Застрахователя, или в друг случай, в който лице желае да отправи запитване/жалба относно неговата Полица или начина на уреждане на претенция, или друго, лицето може да направи това чрез Теленор, на адрес: гр. София 1766, район „Младост“, ж.к. „Младост 4“, Бизнес Парк София, сграда 6, или на www.telenor.bg (<https://www.telenor.bg/bg/private/online-request>) или лично в който и да е Магазин на Теленор през работно време. Запитване/жалба може да бъде подадена и чрез Администратора на претенциите, на неговите адрес, адрес за електронни съобщения и факс, посочени в тези Специални правила.

5.2. Жалба означава всяко искане или уведомление, направено писмено или по електронна поща или чрез други средства за комуникация, чрез което жалбоподателят (т.е. всяко юридическо или физическо лице, което действа като Застраховано лице или Упълномощено лице) изразява своето неудовлетворение по отношение на дейността на Застрахователя, Теленор или Администратора на претенциите във връзка със застраховката.

5.3. Застрахованото лице или Упълномощеното лице следва да посочи номера на неговата Полица (и номер на претенцията, ако е приложимо) заедно с името на лицето, отправило претенцията/Застраховано лице.

5.4. Ако запитването/жалбата засяга начина, по който е била разрешена претенция, в рамките на 7 (седем) дни Застрахователят ще предостави писмена информация, като това може да бъде чрез Теленор, относно фактическата и правната обосновка по отношение на решението по претенцията.

5.5. Запитването/жалбата се регистрира незабавно и Застрахователят ще се опита да отговори, като това може да бъде и чрез Теленор, в срок от 24 часа от момента, в който го/я е получил. Ако това не е възможно, на лицето ще бъде предоставен отговор в срок от 30 (тридесет) дни от получаването на запитването/жалбата. Застрахователят предоставя подробен, ясен отговор относно разследването на запитването/жалбата с подходящи аргументи, подкрепящи неговото решение.

5.6. Застрахователят ще предприеме всички необходими стъпки за удовлетворяването на жалбата, предвид посочените в нея обстоятелства, и за подобряване на своите услуги в бъдеще.

Специални правила за уреждане на застрахователни претенции и жалби по Застраховка при пътуване в чужбина “Смарт Турист”

I. ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Това са Специални правила за уреждане на застрахователни претенции и жалби по Застраховка при пътуване в чужбина “Смарт Турист” („Специални правила за Смарт Турист“). При противоречие между Общата част на Правилата и Специалните правила за Смарт Турист, последните имат приоритет, по отношение на Застраховка при пътуване в чужбина “Смарт Турист”, при спазване на приложимите закони.

1.2. Основните страни в процедурата по уреждане на застрахователни претенции и жалби по тези Специални правила за Смарт Турист са:

a. Застраховател: Чъбб Юръпиън Груп СЕ (Chubb European Group SE), дружество, опериращо съгласно разпоредбите на френския Кодекс за застраховане, вписано в Регистъра на търговията и дружествата (Registres du Commerce et des Sociétés – RCS) в Нантер с регистрационен номер 450 327 374 и със седалище и адрес на управление във Франция, адрес: Ла Тур Карпе Дием, 31 Плас де Корол, Еспланад норд, 92400 Курбевуа, Франция (La Tour Carpe Diem, 31 Place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie, France). Чъбб Юръпиън Груп СЕ притежава изцяло внесен уставен капитал в размер на 896,176,662 евро и е под контрола на френския Орган за финансов надзор (Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - ACPR) с адрес 4, Плас дьо Будапест, CS 92459, 75436 Париж, Седекс 09 (Place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS CEDEX 09). Чъбб Юръпиън Груп СЕ осъществява своята застрахователна дейност на територията на Република България на базата на свободата на предоставяне на услуги чрез унгарския си клон Чъбб Юръпиън Груп СЕ Мягяроорзаги Фьоктелепе (Chubb European Group SE Magyarországi Fióktelepe), учреден съгласно законите на Република Унгария и регистриран в Търговския регистър с номер 01-17-000467, ДДС номер 22384407-2-41, чийто регистриран офис е с адрес в гр. Будапеща 1054, Сабадшаг тер 7 (1054 Budapest, Szabadság tér 7). Чъбб Юръпиън Груп СЕ издава и публикува своя Годишен отчет относно платежоспособността и финансовия си статус до 22ри април всяка година.

Застрахователят е възложил следните дейности на следните лица:

b. “Администратор на претенциите“: „Корис България“ ООД, вписано в Търговския регистър и Регистъра на юридическите лица с нестопанска цел под ЕИК 831065406, с адрес: гр. София 1606, р-н „Красно село“, ул. “Яков Крайков“ 1А, имейл адрес: operations@coris.bg, телефон: 0800 210 0393 или при обаждане извън България +359 2 437 4731 (понеделник до петък, от 09:00 до 17:30 часа българско време, с изключение на официални празници).

c. “Посредник“: „Теленор България“ ЕАД (Теленор), вписано в Търговския регистър и Регистъра на юридическите лица с нестопанска цел под ЕИК 130460283, със седалище и адрес на управление в гр. София 1766, район „Младост“, ж.к. „Младост 4“, Бизнес парк София, сграда 6.

1.3. Термините, които не са изрично дефинирани в тези Специални правила, ще имат значението, което им е дадено в *Условията на застраховка при пътуване в чужбина „Смарт Турист“ („Условия на застраховка“)*.

II. УРЕЖДАНЕ НА ПРЕТЕНЦИИ

2.1. Претенция може да бъде предявена от Застраховачия по Полицата или от друго Застраховано(и) лице(а) (наричани заедно „Застрахован“), както тези категории са дефинирани в Условията на застраховката.

2.2. При спешен медицински случай или за Пътна Помощ или при претенция Застрахованият трябва да уведоми Застрахователя възможно най-бързо и по следния начин:

2.2.1 За асистанс при спешни медицински случаи и съдействие по време на Пътуване в чужбина, включително при претенции за репатриране или Пътна Помощ, Застрахованият или негов

представител трябва да се обаждат незабавно на Чъбб Асистанс на +359 2 490 3304*(24 часа в денонощието, 365 дни в годината). Ако Застрахованият не се свърже с Чъбб Асистанс, Чъбб може да отхвърли Претенцията на Застрахования или да намали сумата на обезщетението. Когато се обажда, Застрахованият трябва да се увери, че разполага с данните на своята Полица, включително номера на Полицата, който е посочен в Застрахователната полица или в раздел “Смарт Турист” от Приложението MyTelenor. Повече информация може да намерите в Условието на застраховката.

*Таксуването на разговора е съгласно мобилния план на Застрахования.

2.2.2 За предявяване на Претенция по Полицата, Застрахованият трябва незабавно или възможно най-скоро и в рамките на 30 дни от узнаването на информация, която е възможно да доведе до Претенция: (i) да се обади на Администратора на претенциите на +359 2 437 4731* или на 0800 210 0393 (понеделник - петък, от 09:00 до 17:30 часа българско време, с изключение на официални празници); или (ii) да изпрати имейл на operations@coris.bg; или (iii) да попълни онлайн формуляр за претенция на адрес <https://www.coris.bg/page/online-claim-form>. Във всеки един случай на предявяване на Претенция, Застрахованият получава входящ номер, който се използва за референтни цели по отношение на Претенцията.

*Таксуването на разговора е съгласно мобилния план на Застрахования.

2.3. Всяка Загуба в случай на кражба по време на Пътуване трябва да бъде докладвана на хотела или на местната полиция в рамките на 24 часа и Застрахованият да получи протокол от тях според случая.

2.4. Ако бъдат изгубени, откраднати или увредени Лични вещи, докато са поверени на авиокомпания или друг превозвач, Застрахованият трябва да уведоми авиокомпанията или превозвача писмено в рамките на 24 часа от установяването и да предостави на Застрахователя (чрез Администратора на претенции) копие на оригинален протокол за съобщаване на нередност по отношение на имущество.

2.5. По отношение на всяка Претенция Застрахованият трябва да предостави за своя сметка всякаква информация, доказателства и платежни документи, които Застрахователят изисква, включително медицински удостоверения, подписани от лекар, полицейски протоколи или други такива. Застрахованият ще бъде задължен да предостави на Администратора на претенции оригиналите или заверените копия на документите. Застрахованият трябва спазва раздел Условие за предявяване на претенция от Условието на застраховката, както и специалните условия за предявяване на Претенция в отделните раздели на Условието на застраховката.

2.6. Администраторът на претенции, действащ от името на Застрахователя, удостоверява подаването на всяка Претенция и регистрира датата ѝ, както и датата на всяко последващо получаване на документи във връзка с Претенцията. Администраторът на претенции, действащ от името на Застрахователя, удостоверява всяко от тези обстоятелства пред Застрахования. Процедурата по регистрация на Претенции и процедурата по произнасяне по Претенции следват правилата на Кодекса на застраховането.

2.7. По отношение на уреждането на Претенциите Застрахованият признава правото на Застрахователя да:

(i) избере дали да плати сумата по Претенцията (като се приспадне Самоучастието и до размера лимита на отговорността по Полицата), или да поправи, замени или възстанови всяка вещь или имущество, което е увредено, Загубено или откраднато;

(ii) извърши проверка и да влезе във владение по отношение на всеки предмет или имущество, за което е предявена Претенция, и да се разпореди с останките от такъв предмет или имущество по разумен начин;

(iii) поеме и осъществи защитата или уреждането на всякакви Претенции от името на Застрахования и ако бъде постигнато извънсъдебно споразумение, без да са присъдени Правни разноси, Застрахователят ще определи каква част от споразумението ще бъде разпределена за Правни разноси и разходи и ще бъде платена на Застрахователя;

(iv) уреди всички Претенции в български лева;

- (v) бъде обезщетен в рамките на 30 дни за всякакви разходи или разноски, които не са включени в покритието по Полицата, които Застрахователят плаща на Застрахования или от името на Застрахования;
- (vi) му бъдат предоставени съответните оригинали на медицински документи за сметка на Застрахования, когато това се изисква преди плащане на Претенция;
- (vii) поиска и да извърши за своя сметка медицински преглед и да настоява за аутопсия, ако законодателството позволява на Застрахователя да поиска това;
- (viii) Встъпване в права: Застрахователят може да извършва действия от името на Застрахования, за да възстанови заплащане или обезщетение за загуба, повреда или разходи, които са покрити от Полицата.

2.8. Ако възникне конфликт на интереси по отношение на покритието за Правни разноски по Условието на застраховката, когато Застрахователят е и застраховател на третото лице или предложен ответник по Претенцията или в съдебното производство, Застрахованият има право да избере и назначи Юридически представители по свой избор съгласно Полицата. Освен това, в случай на конфликт на интереси, Застрахованият има право да предяви претенция пред справедлив и обективен извънсъдебен орган, и във всички случаи Застрахованият има право да заведе иск пред съд.

2.9. Ако Застрахованият е на или над 18-годишна възраст, Застрахователят ще заплати обезщетението по Претенцията на Застрахования. Получаването на обезщетението от Застрахования ще представлява пълно освобождаване от всякаква отговорност от Застрахователя по отношение на Претенцията. Ако Застрахованият е под 18-годишна възраст, Застрахователят ще плати Претенцията на Родителя или Законния представител на Застрахования в полза на Застрахования. Получаването на обезщетението от страна на Родителя или Законния представител на Застрахования ще представлява пълно освобождаване на Застрахователя от всякаква отговорност по отношение на Претенцията.

2.10. Плащането на одобрена Претенция на Застрахования съгласно горепосочената точка 2.9 и до сумата, посочена в Таблицата със застрахователни покрития/лимити в Условието на застраховката, ще бъде направено до 15 работни дни от получаването от Застрахователя на всички документи и информация във връзка с Претенцията съгласно Условието на застраховката или които може разумно да се изискват от Застрахователя, и при всички случаи в рамките на не повече от 6 месеца от датата на предявяването на Претенцията на Застрахования.

III. РАЗГЛЕЖДАНЕ НА ЖАЛБИ, ПОДАДЕНИ ОТ ПОЛЗВАТЕЛИ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ УСЛУГИ

3.1. В случай че Застрахованото лице не е доволно от уреждането на Претенцията от Застрахователя, или в друг случай, в който лице желае да отправи запитване/жалба относно неговата Полица или начина на уреждане на претенция, или друго, лицето може да направи това чрез Администратора на претенции, с данни за контакт: гр. София 1606, р-н „Красно село“, ул. “Яков Крайков“ 1А, имейл адрес: operations@coris.bg, телефон: 0800 210 0393 или ако се обаждате от чужбина +359 2 437 4731.

3.2. Жалба означава всяко искане или уведомление, направено писмено или по електронна поща или чрез други средства за комуникация, чрез което жалбоподателят (т.е. всяко Застраховано или друго лице) изразява своето неудовлетворение по отношение на дейността на Застрахователя, Теленор или Администратора на претенциите във връзка със застраховката.

3.3. Застрахованото лице или друго лице следва да посочи номера на неговата Полица (и номер на Претенцията, ако е приложимо) заедно с името на лицето, отпратило Претенцията.

3.4. Ако запитването/жалбата засяга начина, по който е била разрешена претенция, в рамките на 7 (седем) дни Застрахователят ще предостави писмена информация, като това може да бъде чрез Администратора на претенциите, относно фактическата и правната обосновка по отношение на решението по претенцията.

3.5. Запитването/жалбата се регистрира незабавно и Застрахователят ще се опита да отговори, като това може да бъде чрез Администратора на претенции, в срок от 24 часа от момента, в който го/я е

получил. Ако това не е възможно, на лицето ще бъде предоставен отговор в срок от 30 (тридесет) дни от получаването на запитването/жалбата. Застрахователят предоставя подробен, ясен отговор относно разследването на запитването/жалбата с подходящи аргументи, подкрепящи неговото решение.

3.6. Застрахователят ще предприеме всички необходими стъпки за удовлетворяването на жалбата, предвид посочените в нея обстоятелства, и за подобряване услугите на Застрахователя в бъдеще.

**INTERNAL RULES OF CHUBB EUROPEAN GROUP SE
FOR THE ACTIVITY OF SETTLEMENT OF CLAIMS UNDER INSURANCE CONTRACTS**

I. GENERAL

1.1. These Internal Rules for the activity of settlement of claims under insurance contracts under Art. 104 of the Insurance Code (herein referred to as the "**Rules**") provide for the procedures under which Chubb European Group SE (herein referred to as the "**Insurer**") accepts the claims under the insurance contracts of the users of insurance services (herein referred to as the "**Insured**" and or "**User/s of Insurance Services**"), gathers evidence for the establishment of their grounds and amount, makes assessment of the incurred damages, determines the amount of the compensations, performs payments to the users of the insurance services, respectively the settlement of their claims and reviews complaints submitted thereto.

1.2. The Insurer's Policy for Settlement of Claims is determined by the principles of lawfulness, liquidity, security and fairness.

1.3. The relations for providing insurance services between the Insurer and its clients are regulated under insurance contracts in compliance with the effective legislation and the established practice of the Insurer.

II. FILING OF CLAIMS BY USERS OF INSURANCE SERVICES

2.1. The user of insurance services who wishes to file a claim before the Insurer shall notify the Insurer of the occurrence of the insurance event.

2.2. Notification of the Insurer about the occurrence of insurance event and the damages caused by it shall be performed in compliance with the provisions of Art. 106, Para 1 and Para 2 and Art. 380, Para 1 of the Insurance Code and within the terms and according to the rules established under the General Terms and Conditions of each individual type of insurance.

2.3. The Insurer verifies the filing of each submitted claim and registers it with dating and assigning of incoming number according to its internal rules for organization of its activity and document processing. The Insurer registers the date of subsequent receipt of each document under the claim and verifies each of these circumstances individually or according to records before the person filing the claim.

III. GATHERING EVIDENCE FOR ESTABLISHING THE GROUNDS AND THE AMOUNT OF THE CLAIMS

3.1. The claimed damages under property insurances shall be filed duly by the Insurer according to its internal rules for organization of its activity.

3.2. Upon filing claims under property insurance, the Insurer conducts an inspection of the damaged property. The Insured shall allow the Insurer to make the inspection and shall submit to its all documents directly related to the establishment of the insured event and the amount of the damages. The Insurer shall notify the Insured about all evidence that he needs to submit to prove the grounds and the amount of the claim.

3.3. For the period after filing the claim the Insured shall perform the necessary actions for limiting the damages of the insured event and it shall follow the instructions of the Insurer.

3.4. For evidencing the claim according to its grounds the Insured (the third harmed party) shall submit the following documents, without limitation:

- ✓ valid insurance policy (the first counterpart) and the enclosures thereto (addenda, agreements, list of property and other documents related to the establishment of the grounds and amount of the claim in compliance with the provision of Art. 106, Para 5 of the IC);
- ✓ documents evidencing the payment of the insurance premium within the terms provided for under the contract;

- ✓ documents identifying the person (identity documents, certificate of good standing) and certifying the capacity of the person and its right to obtain the claimed compensation;
- ✓ documents issued by the respective state authority and evidencing the occurrence of insured event. For example, in the event of theft, robbery, malicious conduct of third parties (vandalism) - document by the respective law enforcement authority.

3.5. The Insurer may request additional evidence upon compliance with the norms of Art. 106, Para 3, Para 4 and Para 5 of the Insurance Code by notifying the Insured in writing, respectively the third harmed person about the additional evidence. The notification shall be performed according to the rules stipulated under the respective insurance contract.

3.6. The Insurer is entitled to request and receive from the Insured other documents and/or materials except the ones stipulated under the contract, the General terms and conditions and/or these rules which are directly or indirectly related to the insured event and which may serve when determining the grounds for payment of the insurance compensation or its amount.

3.7. The Insurer may not demand evidence which the Insured cannot obtain due to regulatory obstacles or due to the lack of legal opportunity to provide it. In the event when there is a requirement to provide original documents, the Insurer may not refuse to accept transcripts of the documents certified according to the rules established by the law, as well as copies of documents certified by the Insured after comparing them to the original by representative of the Insurer except when a regulation expressly provides that a document shall be provided in the original.

IV. ASSESSMENT OF THE DAMAGES RESULTING FROM THE INSURED EVENT

4.1. For assessment of the damages the Insurer conducts an inspection of the damaged property. If special knowledge is needed in the inspection of the property, an expert shall be included in the inspection where this expert shall be appointed by the Insurer. In the events when the damage is caused by a third party and it is known, if possible this person or its representative shall also be present.

4.2. The facts and circumstances established during the inspection shall be reflected in the respective documents of the Insurer. The documents are provided to the Insurer in compliance with the law.

4.3. All recommendations and instructions aimed at limiting the damages, which have been given by the Insurer to the Insured are obligatory for the insured persons but do not mean that the Insurer acknowledges the claim according to its grounds and/or amount.

V. DETERMINING THE AMOUNT OF THE INSURANCE COMPENSATION

5.1. The insurance compensation shall be determined by the Insurer within the limits of the insurance amount under the insurance contract and in compliance with the provisions of the Insurance Code. The insurance cover limit under the insurance for each event shall be determined by the policy.

5.2. The Insurer shall determine the due compensation according to the amount of the insurance sum, the type of insurance event, the consequences thereof and the evidence provided for the establishment of the grounds and amount of the compensation.

5.3. If this is provided for under the insurance contract, the Insurer shall disburse from the amount of the compensation the value of the suitable materials or the damaged and replaced property and the excess of the Insured.

5.4. The Insurer may refuse compensation:

- ✓ in the events provided for under the concluded insurance contract;
- ✓ in the event of deliberate causing of insurance event by the Insured or by a third party user;
- ✓ upon default of an obligation under the insurance contract, which is material in view of the interest of the Insurer and which was provided for under a law or in the insurance contract;

- ✓ upon occurrence of the damages as a result of events which are not risks covered under the insurance contract;
- ✓ if the claim is fraudulent;
- ✓ in other events provided for under the law.

5.5. For all events of refusal to provide insurance cover the Insurer shall send a grounded response to the Insured under the terms and conditions provided for under the Insurance Code.

VI. SETTLEMENT OF CLAIMS

6.1. The Insurer issues a decision on the claim within 15 (fifteen) business days of the completion of all necessary investigations and of receiving all necessary evidence to establish the insurance event and the grounds and the amount of the claim by:

- ✓ determining and paying the amount of the compensation or by settling the insurance claim or
- ✓ refusing the claims by providing arguments.

6.2. When the User of the insurance service has provided his consent for the damages to be removed by an external contractor within the term under Art. 6.1 the Insurer assigns to the external contractor the removal of the damages. In the events under the first sentence the removal of the damages shall be performed within reasonable term.

6.3. In the events when after settlement of the insurance compensation the unlawfully confiscated insured property is found, the Insured shall transfer the title over it to the Insurer or to a person appointed in writing by the Insurer. If the Insured wishes to keep this property, he shall return to the Insurer the received compensation.

6.4. The Insurer in the events when it has paid or provided insurance compensation under insurance contract for property damage wrongfully caused by a third party, shall assume the rights of the Insured against the third party to the amount of the insurance compensation and the incurred expenses. The waiver by the Insured of its rights against the third party who has wrongfully caused the damage shall null and void against the Insurer. The Insured shall assist the Insurer upon exercising its rights against the person who has caused the damage.

VII. REVIEW OF COMPLAINTS MADE BY USERS OF INSURANCE SERVICES

7.1. The user of insurance services shall be entitled to make an enquiry/complaint regarding its policy or the manner of settlement of the claim to the Insurer according to the rules stipulated under the General terms and conditions of the insurance.

7.2. The enquiry/complaint shall be registered immediately. The Insurer shall respond to the enquiry/claim in compliance with the legally established terms.

7.3. The user of insurance services may refer to the Financial Supervision Commission for assistance if he is not satisfied with the response of the Insurer. The contact details of the FSC are as follows: address: Sofia 1000, 16 Budapest Street; e-mail: delovodstvo@fsc.bg; website: <http://www.fsc.bg/bg/za-potrebitelya/zhalbi/>.

7.4. The appeal of the actions and acts of the Insurer before its authorities shall not affect the right of claim before court of the interested party (insured, user). This right is independent and it shall be exercised under the Civil Procedure Code according to the effective Bulgarian Law. In the territory of the Republic of Bulgaria the disputes related to the provision of insurance services may be heard out of court in a procedure for alternative dispute resolution /ADR/ before the sector conciliation commission with the Consumer Protection Commission or through meditation.

VIII. FINAL PROVISIONS

§1. These Rules for the settlement of claims under insurance contracts entered into by Chubb European Group SE are established under Art. 104 of the Insurance Code. The Rules shall not be applied to settlement of claims

under insurances of large risks unless they provide for otherwise. "Large Risks" are the risks under §1, Item 31 of the Additional Provisions to the Insurance Code. The Insurer may adopt specific rules for settlement of insurance claims in respect of particular insurance products.

§2. Amendments and supplements to these Internal Rules may be made according to the rules for their adoption.

§3. These Internal Rules were adopted by Chubb European Group SE on 28.03.2019; supplemented on 18.04.2019; amended and supplemented on 12.06.2020.

Special Rules for settlement of insurance claims and complaints under Insurance of Device "Smartphone Protect" and "Smartphone Protect+"

I. GENERAL PROVISIONS

1.1. These are Special rules for settlement of insurance claims and complaints under Device Insurance "Smartphone Protect" and "Smartphone Protect+" ("**Special Rules**"). Upon discrepancy between the General part of the Rules and the Special Rules, the latter shall prevail as regards the Device Insurance "Smartphone Protect" and "Smartphone Protect+", by always ensuring compliance with the applicable laws.

1.2. The main parties to the procedure for settlement of insurance claims and complaints under these Special Rules are:

a. **Insurer: Chubb European Group SE**, a European insurance company (SE), existing and operating under the provisions of the French Insurance Code, registered at the Register of Commerce and Company (Registres du Commerce et des Sociétés – RCS) in Nanterre with registration number 450 327 374, having its seat and management address in France: La Tour Carpe Diem, 31 Place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie, France), Chubb European Group SE performs its insurance activity in the territory of the Republic of Bulgaria by providing services through its Hungarian Branch Chubb European Group SE Magyarországi Fióktelepe, incorporated under the laws of the Republic of Hungary and registered at the Commercial Register under number 01-17-000467, VAT number 22384407-2-41, whose registered office is in Budapest 1054, Szabadság tér 7., Bank Center).

The Insured has assigned the following activities to the following persons:

b. "**Claims Administrator**": **Marsh EOOD**, registered at the Trade Register and the Register of the Non-Profit Legal Entities under UIC 130404971, having its seat and management address in: Sofia 1784, Mladost District, 90 Tsarigradsko Shosse, Capital Fort Business Centre, building A, floor 11, Fax Number +359 2 402 00 19, email address: Claims.Telenor@marsh.com, to whom the Insurer has assigned the performance of activities for settling insurance claims.

c. **Intermediary: Telenor Bulgaria EAD (Telenor)**, registered at the Trade Register and the Register of the Non-Profit Legal Entities under UIC 130460283, having its seat and management address in the city of Sofia 1766, Mladost District, Mladost 4 Residential Area, Sofia Business Park, building 6 to whom the Insurer has assigned the performance of the activities for reviewing complaints by users of insurance services and activity for repairing or replacement of insured devices at the Repair Centers of Telenor.

1.3. The terms which have not been expressly defined under these Special Rules shall have the meaning under *the General Terms and Conditions for Insurance of Device "Smartphone Protect" and "Smartphone Protect+"*. ("**General Terms and Conditions**").

II. FILING A CLAIM

2.1. A claim for the occurrence of an insured event under concluded policy for Device Insurance "Smartphone Protect" and "Smartphone Protect+" (herein referred to as the "**Policy**") may be raised by the insured under the Policy ("**Insured**") or by any other party authorized by the Insured with express written power of attorney and which person knows the details of the Policy and the circumstances to the claim ("**Authorized Person**").

2.2 In the event of a Theft or malicious Damage, the Insured or the Authorized person shall notify the Police or the respective authorities (if the event has occurred out of Bulgaria, the local equivalent of the Police) within **48 hours** of discovering the Theft or the malicious Damage and receive an official police report regarding the insured event. This police protocol shall indicate IMEI or serial number of the insured device affected by the Theft or the Malicious Damage.

2.3. To file the claim, the Insured or the Authorized person shall notify the Claims Administrator about the claims through the call centre of Telenor at the following phone number +35989123 (charges apply according to the Subscription Plan of the Insured) as soon as possible but not later than 7 (seven) business days after finding out about the Theft or the Damage. The business hours of the Claims Administrator are: 10:00 - 19:00, Monday to Friday.

2.4. During the call the representatives of the call centre of Telenor shall check whether there is an effective Policy in the name of the Insured and the phone number of the Insured and they shall also check whether the due insurance premiums to the Policy have been paid duly and if not, the Insured Party (personally or through the Authorized Person) will receive an instruction to pay within 7 (seven) calendar days and in all events before the claim is settled by the Insurer. Following that, the call will be transferred to the special line of the Claims Administrator. After the call is transferred, the Claims Administrator shall also check the details of the Policy, the details of the Insured and of the insured device and whether the due premiums have been duly paid.

2.5. After the call for filing the claim is transferred to the Claims Administrator, the Insured or the Authorized person shall make clear, precise and detailed statement regarding the circumstances of the claim and submit to the Claims Administrator the entire information he possesses and respond to all questions of the Claims Administrator.

2.6. The phone call for filing the claim shall be recorded in compliance with the applicable laws and provisions for confidentiality and data protection.

2.7. In all events when there exists a valid Policy, the Claims Administrator shall register the claim and shall record the details of the claim in its claims processing system.

2.8. The Insured or the Authorized person shall sign a written insurance claim (claims registration form) within the term under p. 2.3. above and in accordance with the General Terms and Conditions to the Policy and the instructions of the Claims Administrator. The claims registration form shall summarise the main data of the Policy and the main circumstances around the claim, recorded during the call. The Insured or the Authorized Person shall be entitled to add additional information it considers relevant and to make corrections it deems appropriate.

III. GATHERING EVIDENCE FOR ESTABLISHING THE GROUNDS AND THE AMOUNT OF THE CLAIM

3.1. In certain events the Claims Administrator may require from the Insured or the Authorized person to submit documents related to the Policy and the claim. These documents may be as follows: duly certified by the Insured or the Authorized person copies of the Policy and the documents thereto, invoice for the purchase of the insured device, evidence for payment of monthly insurance premiums, all documents regarding previous repairs, the official document from the Police (police protocol under Item 2.2 above), a power of attorney (if the claim is raised by the Authorized person), etc.

3.2. If there is need for additional evidence or information in order to take a decision on the merits regarding the claim, the Claims Administrator shall notify the Insured or the Authorized person during the phone call or by email or by post and he will request the necessary additional information.

3.3. The evidence, submitted by the Insured or the Authorized person shall expressly and unambiguously verify the insurance event and its circumstances, otherwise the claim shall be rejected/refused by the Insurer.

3.4. For all additionally submitted evidence and documents a handover delivery acceptance protocol shall be submitted, verifying the date when they have been submitted and accepted on behalf of the Insurer (through the Claims Administrator).

3.5. The Insurer shall take a decision based on the information and the documents submitted by the Insured or by the Authorized person and according to the General Terms and Conditions. The Insurer (through the Claims Administrator) will approve the claim according to the General Terms and Conditions and will notify the Insured

or the Authorized person about the subsequent steps for settling the claim; or will send to the Insured or the Authorized person a written notification about grounded refusal, within 15 (fifteen) business days of receiving of all required documents and information by the Insurer.

3.6. The claim may be rejected by the Insurer on grounds stipulated under the General Terms and Conditions, including if the reported claim is incomplete, contradictory or unsuitable for assessment on its merits since the significant circumstances of the claim may not be established or have remained undiscovered. In this event the Claims Administrator submits written notification to the Insured or to the Authorized person for grounded refusal of the claim within the term under Item 3.5 above.

IV. SETTLEMENT OF CLAIMS

4.1. In the event of approved claim, the Insurer based on its decision and at its own discretion, shall repair or replace the insured device (through a new one, refurbished device or another device with impeccable look and technical condition, with the same or similar characteristics of the insured device), always under the condition that the general liability of the Insurer for one claim, i.e. the expenses of the Insurer for the repairs or the replacement of the device shall not exceed the standard price of the device without Subscription plan for Telenor services, which price is stipulated under the Policy and the documents thereto. The replacement of the insured device with another one with similar specifications shall be performed if an equivalent device cannot be found in the warehouses of Telenor. The Insurer shall become owner of all replaced parts or of the entire Device, if it was replaced, after the Insured's claim was satisfied.

4.2. No monetary compensation shall be provided under the Insurance of Device "Smartphone Protect" and "Smartphone Protect+". A device of higher class than the insured device shall not be provided.

4.3. In the event of approved claim and under the condition that all due, delayed and unpaid monthly insurance premiums have been paid (if any), the Insurer assigns the repairs or the replacement of the insured device to Telenor.

4.4. The timely handover of the insured device in a Telenor shop so that the device is repaired or replaced by the Insurer is a preliminary condition for the liability of the Insurer when any insured event occurs under the Policy (with the exception of Theft). The device shall be handed over with switched off blocking or locking functions or otherwise it may be returned to the Insured or to the Authorized person and the file of the claim may be closed.

4.5. In the event of approved claim under the General Terms and Conditions, a replacement or repair following assignment by the Insurer shall be performed by Telenor within 30 (thirty) calendar days of handing over the device (in the event of Damage) in a Telenor shop. The Insured shall be notified by Telenor when his repaired or replaced device is ready to be received from the Telenor shop it was initially left at.

4.6. The IMEI number/serial number of the insured device handed over shall coincide with the IMEI number/serial number stipulated to the Claims Administrator upon registration of the claim. If the IMEI number/serial number does not coincide, Telenor shall invite the Insured or the Authorized person to provide additional evidence in relation to the change of the IMEI number/serial number upon repairs in an authorized service. If such evidence is not provided, Telenor may invite the Insured or the Authorized person to receive the device back and Telenor shall notify the Claims Administrator that the file of the claim shall be terminated.

4.7. It is necessary that the Insured pays the amount of the excess stipulated in the Policy before the repaired or replaced device is provided to the Insured or to the Authorized Person.

4.8. New (Replaced) device shall be received in person by the Insured.

4.9. After the settlement of the claim, Telenor and the Insured or the Authorized person shall sign a handover delivery acceptance protocol. The Insured or the Authorizer person shall receive a certificate for warranty under the General Terms and Conditions.

V. REVIEW OF COMPLAINTS FILED BY USERS OF INSURANCE SERVICES

5.1. In the event when the Insured or the Authorized person is not pleased with the settlement of the claim by the Insurer, or in another event when a person wishes to make an enquiry/complaint regarding his Policy or the manner of settlement of the claim or other, the person may do so through Telenor at the following address: Sofia 1766, Mladost District, Mladost 4 Residential Area, Sofia Business Park, building 6 or at www.telenor.bg (<https://www.telenor.bg/bg/private/online-request>) or personally in any Telenor shop during opening hours. An enquiry/complaint may be filed through the Claims Administrator at its address, email address and fax, stipulated in these Special Rules.

5.2. A complaint means each request or notification made in writing or by email or through other means of communication through which the claimant (i.e. any legal entity or individual who acts as Insured or as Authorized person) express their dissatisfaction as regards the activity of the Insurer, Telenor or the Claims Administrator in relation to the insurance.

5.3. The Insured or the Authorized person shall indicate the number of his Policy (and the number of the claim, if applicable) together with the name of the person who has made the claim/the Insured.

5.4. If the enquiry/the complaint affects the manner in which the claim has been resolved, within 7 (seven) days, the Insurer shall submit written information where this may be through Telenor regarding the factual and legal circumstances as regards the decision on the claim.

5.5. The enquiry/complaint shall be registered immediately and the Insurer shall try to respond where this may be through Telenor, within 24 hours of the moment it has received it. If this is not possible, the person shall be provided with a response within 30 (thirty) days of receiving the enquiry/complaint. The Insurer provides a detailed, and clear response regarding the investigation of the issue/complaint with appropriate arguments supporting its decision.

5.6. The Insurer shall take all necessary steps to resolve the complaint, given the circumstances stated in the complaint, and with a view of improving the Insurer's services in the future.

Special Rules for settlement of insurance claims and complaints under Travel Insurance for Abroad "Smart Tourist"

I. GENERAL PROVISIONS

1.1. These are Special rules for settlement of insurance claims and complaints under Travel Insurance for Abroad "Smart Tourist" ("**Smart Tourist Special Rules**"). Upon discrepancy between the General part of the Rules and the Smart Tourist Special Rules, the latter shall prevail as regards the Smart Tourist insurance, by always ensuring compliance with the applicable laws.

1.2. The main parties to the procedure for settlement of insurance claims and complaints under these Smart Tourist Special Rules are:

a. Insurer: Chubb European Group SE is an undertaking governed by the provisions of the French insurance code with registration number 450 327 374 RCS Nanterre, kept by Commercial Court of Nanterre, and the following registered office: La Tour Carpe Diem, 31 Place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie, France. Chubb European Group SE has fully paid share capital of €896,176,662 and is supervised by the French Financial Supervisory Authority (Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) 4, Place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS CEDEX 09. Chubb European Group SE is acting in Bulgaria on the basis of the freedom to provide services through Chubb European Group SE Magyarországi Fióktelepe with registration number 01-17-000467, kept by the Metropolitan Court as Court of Registry, and the following registered office: 1054 Budapest, Szabadság tér 7. Chubb European Group SE will release and publish its Annual Report on Solvency and Financial Status by 22 April each year. The Insured has assigned the following activities to the following persons:

b. Claims Administrator: Coris Bulgaria OOD, registered at the Trade Register and the Register of the Non-Profit Legal Entities under UIC 831065406, with its contact details: Address: 1A, Yakov Kraykov Str., Krasno selo region, Sofia 1606, Email: operations@coris.bg, tel. : 0800 210 0393 or if calling from outside of Bulgaria +359 2 437 4731 (from 09:00 to 17:30 EET, Monday to Friday, except public holidays).

c. Intermediary: Telenor Bulgaria EAD (Telenor), registered at the Trade Register and the Register of the Non-Profit Legal Entities under UIC 130460283, having its seat and management address in the city of Sofia 1766, Mladost District, Mladost 4 Residential Area, Sofia Business Park, building 6.

1.3. The terms which have not been expressly defined under these Special Rules shall have the meaning under the Travel Insurance for Abroad "Smart Tourist" Policy Wording ("**Policy Wording**").

II. SETTLEMENT OF CLAIMS

2.1. A claim can be filed by the Policyholder or other Insured Person(s) (jointly referred to as "**Insured**"), as these categories are defined under the Policy Wording.

2.2. In case of a medical emergency or Roadside Assistance or in the event of a claim, the Insured must notify the Insurer as soon as practicable, and as follows:

2.2.1 For receiving Medical Assistance or Roadside Assistance during a Trip Abroad including repatriation or Roadside Assistance claims, the Insured or his personal representative must call Chubb Assistance immediately on +359 2 490 3304*(24 hours a day, 365 days a year). If Chubb Assistance is not contacted, Chubb may reject the Insured's Claim or reduce its payment. When calling, the Insured should make sure to have the details of their Policy, including the Policy Number, which is shown in the Policy Schedule or within the Smart Tourist section of the MyTelenor App. More information is provided under the Policy Wording.

*Charges may apply according to the Insured's mobile plan.

2.2.2 For filing a Claim under the Policy, the Insured must immediately or as soon as reasonably possible and within 30 days of becoming aware of anything likely to result in a Claim either: (i) call the Claims Administrator at +359 2 437 4731* or 0800 210 0393 (Monday - Friday, from 09:00 to 17:30, excluding public holidays); or (ii) email operations@coris.bg; or (iii) complete an online claim form on <https://www.coris.bg/page/online-claim-form>. In each case of filing of a Claim, the Insured shall be given an incoming number to be used for reference purposes in respect of the claim.

*Charges may apply according to the Insured's mobile plan.

2.3. Any Loss of theft during a Trip must be reported to the hotel or local police within 24 hours and a report should be obtained from them accordingly.

2.4. If Personal Property is Lost, stolen or damaged whilst in the custody of an airline or other carrier, the Insured must notify the airline or other carrier in writing within 24 hours of discovery and provide the Insurer (through the Claims Administrator) with a copy of the original Property Irregularity Report.

2.5. In respect of each Claim the Insured must supply at their own expense any information, evidence and receipts the Insurer requires including medical certificates signed by a doctor, police reports and other reports. The Insured will be required to supply the originals or certified copies of the documents to the Claims Administrator. The Insured must comply with the Claim Conditions section of the Policy Wording, as well as with the Special Conditions detailed in the Sections of the Policy Wording relevant to the Claim.

2.6. The Claims Administrator acting on behalf of the Insurer shall verify the filing of each submitted Claim and shall register it with a date, as well as the date of each subsequent receipt of documents in relation to the claim. The Claims Administrator acting on behalf of the Insurer shall verify each of these circumstances before the Insured. The Claims registration procedure and the procedure for resolving on a Claim shall follow the rules of the Insurance Code.

2.7. With respect to settlement of Claims, the Insured recognises the Insurer's rights to:

- (i) choose either to pay the amount of a Claim (less any Excess and up to any Policy limit) or repair, replace or reinstate any item or property that is damaged, Lost or stolen;
- (ii) inspect and take possession of any item or property for which a Claim is being made and handle any salvage in a reasonable manner;
- (iii) take over and deal with the defence or settlement of any Claim in the Insured's name and if a settlement is made without costs being awarded, determine what proportion of those costs should be paid for costs and expenses and paid to the Insurer;
- (iv) settle all Claims in Bulgarian Lev.
- (v) be reimbursed within 30 days for any costs or expenses that are not insured under the Policy, which the Insurer paid to the Insured or on the Insured's behalf;
- (vi) be supplied at the Insured's expense with appropriate original medical certificates where required before paying a Claim;
- (vii) request and carry out a medical examination and insist on a post-mortem examination, if the law allows the Insurer to ask for one, at the Insurer's expense;
- (viii) Right to a subrogation: the Insurer may act in the Insured's name to recover compensation or security for loss, damage or expenses covered by the insurance.

2.8. If a conflict of interest arises in respect of the Legal Expenses Coverage under the Policy Wording, where the Insurer is also the insurer of the third party or proposed defendant to the Claim or legal proceedings, the Insured has the right to select and appoint their own Legal Representatives in accordance with the terms of the Policy. Further, in case of a conflict of interest, the Insured shall be entitled to bring a claim in front of a fair and objective out-of-court authority, and in all cases the Insured shall be entitled to litigate the case in court.

2.9. If the Insured is 18 years or over, the Insurer will pay the Claim to the Insured. The Insured's receipt shall be a full discharge of all liability by Insurer in respect of the Claim. If the Insured is aged under 18 years, the Insurer will pay the Claim to the Insured's Parent or Legal Guardian for the Insured's benefit. The Insured's Parent or Legal Guardian's receipt shall be a full discharge of all liability by Insurer in respect of the Claim.

2.10. Payment of Insured's approved Claim in accordance with the above clause 2.9. and up to the amount stated in the Table of Benefits of the Policy Wording shall be made within 15 business days of receipt by the Insurer of all documents and information in relation to the Insured's Claim in accordance with this Policy Wording or as may reasonably be required by the Insurer, and in any case within no longer than 6 months of the notification of the Insured's Claim.

III. REVIEW OF COMPLAINTS FILED BY USERS OF INSURANCE SERVICES

3.1. In the event when the Insured is not pleased with the settlement of the claim by the Insurer, or in another event when a person wishes to make an enquiry/complaint regarding his Policy or the manner of settlement of the claim or other, the person may do so through the Claims Administrator with its contact details: 1A, Yakov Kraykov Str., Sofia 1606, Email: operations@coris.bg, tel. : 0800 210 0393 or if calling from outside of Bulgaria +359 2 437 4731.

3.2. A complaint means each request or notification made in writing or by email or through other means of communication through which the claimant (i.e. an Insured or other person) express their dissatisfaction as regards the activity of the Insurer, Telenor or the Claims Administrator in relation to the insurance.

3.3. The Insured or other person shall indicate the number of his Policy (and the number of the claim, if applicable) together with the name of the person who has made the claim.

3.4. If the enquiry/the complaint affects the manner in which the claim has been resolved, within 7 (seven) days, the Insurer shall submit written information where this may be through the Claims Administrator regarding the factual and legal circumstances as regards the decision on the claim.

3.5. The enquiry/complaint shall be registered immediately and the Insurer shall try to respond where this may be through the Claims Administrator, within 24 hours of the moment it has received it. If this is not possible, the person shall be provided with a response within 30 (thirty) days of receiving the enquiry/complaint. The Insurer provides a detailed, and clear response regarding the investigation of the issue/complaint with appropriate arguments supporting its decision.

3.6. The Insurer shall take all necessary steps to resolve the complaint, given the circumstances stated in the complaint, and with a view of improving the Insurer's services in the future.