BULGARIA Insurance

↺ Изчисти

Входящ №	
От дата	

ПРЕТЕНЦИЯ за изплащане на застрахователно обезщетение по застраховка „ПОМОЩ ПРИ ПЪТУВАНЕ“ № .....

От.....ЕГН .....
(име, презиме, фамилия)

Адрес за кореспонденция: .....

телефон: ..... e-mail: .....

в качеството си на: ☐ застраховано лице ☐ наследник
☐ упълномощен представител на застрахованото лице ☐ друго

Застрахован: ..... ЕГН: .....
(име, презиме, фамилия)

Адрес за кореспонденция: .....

Контакти: тел. ..... e-mail: .....

Застраховащ/Работодател:.....Адрес: .....

.
Застрахователна полица № : ....., в сила от: .....

Дата и място на застрахователното събитие: .... .20 ..... г., гр./с .....

Лечебно заведение, където е оказана първа помощ: ..... на дата: .....

Описание на събитието .....

.....

.....

Описание на извършените разходи: .....

.....

.....

На основание условията на застрахователния договор, претендирам обезщетение в размер на:.....EUR.

Прилагам следните документи:
☐ Фактури за извършените разходи в оригинал
☐ Медицински документ – спецификация на разходите
☐ Епикриза
☐ Други
☐ Аутопсионен протокол (при смърт)
☐ Смъртен акт (при смърт)
☐ Протокол за ПТП
.....

Заявявам, че желая одобрената сума да ми бъде изплатена по банкова сметка:
IBAN: ..... при банка .....
** Уведомен съм, че трябва да предоставя личната си банкова сметка, и че имам право да получа застрахователно обезщетение лично.*

В случай, че предоставената банкова сметка е с титуляр друго лице, декларирам, че то е:
Титуляр: .....

Заявявам, че желая кореспонденцията по претенцията да се осъществява на координатите, посочени по-горе,по избор на Застрахователя.
Чрез предоставянето на мобилен телефонен номер и електронен адрес се съгласявам да получавам текстови съобщения относно разглеждането на претенцията ми за изплащане на застрахователно обезщетение.

Долуподписаният Застрахован/законен представител на застрахования, декларирам, че:
1. съм уведомен/а съм, че предоставените от мен лични данни (включително на други лица) се обработват от „ЗК България Иншурънс“ АД в качеството му на администратор на лични данни съгласно действащото законодателство и съм запознат съм, както и останалите застраховани лица с Уведомлението за поверителност по чл. 13 и чл. 14 от Регламент (ЕС) 2016/679, публикувано на www.bulgariainsurance.bg и налично в офисите на Застрахователя.
2. Съгласен/а съм „ЗК България Иншурънс“ АД да обработва за целите на изпълнение на застрахователния договор предоставените от мен лични данни на непълнолетни застраховани лица.
3. Във връзка с настоящото застрахователно събитие не е предявена претенция и не ми е изплатено застрахователно обезщетение от друг Застраховател или институция.
4. Уведомен съм, че съгласно чл. 108, ал.1, от КЗ, Застрахователят ще се произнесе в срок от 15 работни дни, считано от датата на представяне на последния изискан документ.

Дата: ..... г. Подпис: .....