

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: .....

Застраховач/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:.....лв.**

**Прилагам следните документи:**

- Фактури за извършените разходи в оригинал  Аутопсионен протокол (при смърт)  
 Медицински документ – спецификация на разходите  Смъртен акт (при смърт)  
 Епикриза  Протокол за ПТП  
 Други

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:**

- 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](http://www.bulgariainsurance.bg) и налично в офисите на Застрахователя.
- 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.
- Във връзка с настоящото застрахователно събитие не е предявена претенция и не ми е изплатено застрахователно обезщетение от друг Застраховател или институция.
- 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 изискван документ.

Дата: ..... г.

Подпис: .....