

Входящ №	
От дата	

ПРЕТЕНЦИЯ за изплащане на застрахователно обезщетение по застраховка „ЗЛОПОЛУКА И ЗАБОЛЯВАНЕ” №.....

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:

телефон. e-mail:

Застраховач/Работодател:..... Адрес

Застрахователна полица № :, в сила от:

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

Описание на събитието:

Свидетели:1.
(имена, ЕГН, адрес)

2.
(имена, ЕГН, адрес)

Оказана медицинска помощ от:
(наименование на медицинското заведение и медицинското лице)

Риск, по който се предявява:

- Трайно намалена работоспособност вследствие злополука или заболяване Смърт вследствие на злополука или заболяване
 Временна неработоспособност вследствие злополука или заболяване Възстановяване на медицински разходи
 Дневни пари за болничен престой вследствие на злополука или заболяване Други

Прилагам следните документи:

- Епикриза Протокол за трудова злополука
 Болнични листа:бр. Декларация за трудова злополука
 Рентгенови снимки:бр. Разпореждане на НОИ
 Амбулаторен лист:бр. Съобщение за смърт
 Лична амбулаторна карта – копие Препис – извлечение от акт за смърт
 Експертно решение на ТЕЛК / НЕЛК..... Удостоверение за наследници
 Сведение за оказана първа медицинска помощ Аутопсионен протокол
 Констативен протокол / протокол за ПТП Фактури в оригинал за извършените разходи: бр.
 Резултат от взета кръвна проба за наличие на алкохол..... Служебна бележка / сведение
 Други

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

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 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 изискан документ.

Дата: Г.

Подпис: