

ИСКАНЕ ЗА ИЗВЪРШВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ПЛАЩАНЕ

ПО ЗАСТРАХОВАТЕЛЕН ДОГОВОР №:

От
(име, презиме, фамилия на ФЛ или наименование на ЮЛ)

ЕГН/ЛНЧ/ЕИК, дата на раждане, място на раждане
представявано от , в качеството му на
(в случай че лицето се представлява по пълномощно, се вписват данни за пълномощното)

Адрес за кореспонденция: п.к., гр./с.
ж.к./ул. №, бл., вх., ет., ап.
тел. имейл

Съгласен/Съгласна съм да получавам официална кореспонденция по полицата на посочените по-горе телефон и имейл Да ☐ Не ☐

В качеството ми на: ☐ застраховано лице ☐ законен представител ☐ ползващо лице ☐ наследник,

ПРЕДЯВЯВАМ застрахователна претенция във връзка със застрахователно събитие, настъпило с

....., ЕГН/ЛНЧ
(име, презиме, фамилия на ЗАСТРАХОВАНОТО ЛИЦЕ)

на година, довело до:

- ☐ Временна неработоспособност в резултат на (трудова) злополука
- ☐ Временна неработоспособност в резултат на професионална болест или общо заболяване
- ☐ Трайно намалена или загубена работоспособност
- ☐ Смърт
- ☐ Дневно плащане за болничен престой
- ☐ Хирургическо лечение
- ☐ Възстановяване на медицински разходи
- ☐ Настъпване и диагностициране за първи път на критично заболяване
- ☐ Освобождаване от плащане на премии
- ☐ Друго:

Информация за събитието: (моля, опишете подробно произхода и естеството на заболяването или злополуката – време и място на протичане, вид увреждане, дата и лечебно заведение на първа медицинска консултация, уведомяване на органите на МВР)

.....
.....
.....

Други обстоятелства във връзка с настъпилото събитие (как е настъпило, причина, външни фактори, метеорологични условия, свидетели на събитието, употреба на алкохол непосредствено преди застрахователното събитие, описание на уврежданията за застрахованото лице):

.....
.....
.....

ЗАЯВЯВАМ застрахователното плащане да бъде извършено по следната банкова сметка*:

BIC:; IBAN: BGN ☐ EUR ☐

Титуляр:

*В случай че банкова сметка е с титуляр, различен от ползващото лице, съгласно чл. 338 от Кодекса за застраховането е необходимо да се представи нотариално заверено пълномощно, удостоверяващо правото на първия да получи плащането.

В случай че в застрахователната полица са определени повече от едно ползващо лице или наследници за съответния риск, моля добавете колкото редове са необходими:

1., ЕГН/ЛНЧ
(име, презиме, фамилия)

BIC:; IBAN: BGN ☐ EUR ☐

2., ЕГН/ЛНЧ
(име, презиме, фамилия)

BIC:; IBAN: BGN ☐ EUR ☐

ПРИЛАГАМ следните документи (моля, отбележете само документите, които прилагате):

- ☐ Застрахователен договор
- ☐ Копие на документ за самоличност - бр.
- ☐ Удостоверение за банкова сметка - бр.
- ☐ Болничен лист - бр.
- ☐ Медицинско удостоверение или друг документ, удостоверяващ временната неработоспособност -
- ☐ Епикриза/и - бр.
- ☐ Амбулаторен лист / медицински талон направление бр.
- ☐ ЛАК (лична амбулаторна карта)
- ☐ Рентгенова снимка с разчитане - бр.
- ☐ Експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК - бр.
- ☐ Протокол за ПТП или друг документ от МВР удостоверяващ събитието (при ПТП)
- ☐ Служебна бележка от работодател за наличие на трудов договор (при групови застраховки)
- ☐ Декларация за настъпила трудова злополука
- ☐ Разпореждане на НОИ за трудова злополука
- ☐ Рецепти - бр.
- ☐ Фактури за медицински услуги и лекарства с фискални бонове в оригинал - бр.
- ☐ Препис-извлечение от акта за смърт
- ☐ Съобщение за смърт
- ☐ Аутопсионен протокол
- ☐ Удостоверение за наследници
- ☐ Удостоверение за раждане
- ☐ Декларация по чл.42, ал.2, т.2 от ЗМИП - бр.
- ☐ Декларация за целите на автоматичния обмен на данни - бр.
- ☐ Декларация за превод на сума в легова равностойност - бр.
- ☐ Други (опишете):

Информиран/а съм, че предоставените от мен лични данни, се обработват от ЖЗК „Съгласие“ АД, в качеството му на администратор на лични данни, съгласно действащото национално законодателство. Запознах се с Уведомлението за обработване на лични данни, налично на сайта на дружеството www.saglasielife.bg и във всеки негов офис, което съдържа основанията и целите за обработката на лични данни, трети лица, имащи достъп до тях, срока за съхранение, правата ми и данни за контакт.

Желая да получа информация за изплатената сума ☐ по телефон ☐ на e-mail ☐ на адреса за кореспонденция

Дата: Заявител:
(подпис)

гр./с. Други ползващи лица/наследници:

1:
(подпис)

2:
(подпис)

☐ Брокер / ☐ Агент / ☐ Служител :

Агенция, застрахователен посредник №

Служител, приел документите в ЦУ: