

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 представява 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 левова 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:
