

**УВЕДОМЛЕНИЕ - ПРЕТЕНЦИЯ**

за плащане на суми и/или обезщетения по рисковата застраховка „Живот“, застраховка „Злополука“ или допълнителни Клаузи към спестовна и рисковата застраховка „Живот“, застраховка на Кредитополучател

по полица № ...../..... г.

От.....

ЕГН.....

адрес:.....

Телефон за връзка:.....

E-mail:.....

в качеството си на:  застрахован

законен представител на:

ползващо лице

наследник на:

.....  
(име, презиме и фамилия)

ЕГН .....

**Желая да получавам официална кореспонденция по следния начин (моля отбележете с X):**

По електронна поща (с това считам писмената форма за уведомяване за спазена)

На адрес за кореспонденция

Чрез застрахователен брокер .....

(име на брокера)

Предявявам претенция за плащане на суми и/или обезщетения съгласно условията по полицата /обща и специални/ за застрахователно събитие:

**Застрахователно събитие**

Смърт -  общо заболяване  трудова з-ка  битова з-ка

Трайна загуба на трудоспособност -  битова з-ка  трудова з-ка

Временна загуба на трудоспособност  трудова з-ка  битова з-ка  общо заболяване

Разходи за медикаментозно лечение и/или репатриране

Друго:

**Опишете подробно кога, къде и при какви обстоятелства е настъпило събитието.**

Застрахователното събитие настъпи при следните

обстоятелства:.....

Декларирам, че информацията, дадена от мен по-горе, е вярна и пълна и давам съгласието си „Животозастрахователен институт“ АД да я използва във връзка с процедурите и администрирането на претенцията за застрахователно обезщетение. Известно ми е, че за неверни данни нося отговорност съгласно НК на Република България.

**Опис на представените документи**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Застрахователна полица               | <input type="checkbox"/> Службена бележка/удостоверение от работодател/учебно заведение |  |
| <input type="checkbox"/> Копия на болнични листове....бр.     | <input type="checkbox"/> Копия на амбулаторни листове....бр.                            | <input type="checkbox"/> Копия на епикриза....бр.                |
| <input type="checkbox"/> Декларация за злополука              | <input type="checkbox"/> Копие на Акт за смърт  | <input type="checkbox"/> Оригинал на Удостоверение за наследници |
| <input type="checkbox"/> Протокол за ПТП                      | <input type="checkbox"/> Рентгенови снимки.....бр.                                      | <input type="checkbox"/> Копие на ЛАК (картон)                   |
| <input type="checkbox"/> Оригинални фактури с фискални бонове | <input type="checkbox"/> Оригинални рецепти   | <input type="checkbox"/> Удостоверение за раждане                |

Известно ми е, че по условията на застраховката /обща и специални/ застрахователят може да изиска допълнително документи.

В случай, че застрахователното събитие е настъпило извън територията на Република България, съответните документи удостоверяващи настъпването му се представят като надлежно преведени и легализирани от компетентните за това служби.

Желая да получа сумата /обезщетението/ по банкова сметка с IBAN:.....

BIC .....; При банка: .....

Уведомен съм, че промяната на банкова сметка обвързва застрахователя само след като той бъде изрично и писмено уведомен преди плащането, включително в хода на съдебен процес. Уведомен съм, че непредставянето на банкова сметка има последиците на забава на кредитора по отношение на плащането, като застрахователят не дължи лихва.

Уведомен съм, че съгласно Кодекса за застраховането, при настъпване на застрахователно събитие Застрахователят има право на достъп до цялата медицинска документация касаеща здравословното ми състояние, от всички лица и институции съхраняващи такава информация.

**ЛИЧНИ ДАННИ**

Информиран/а съм, че предоставените от мен лични данни, се обработват от „Животозастрахователен институт“ АД, в качеството им на администратори на лични данни, съгласно действащото национално законодателство. Запознах се с Уведомлението за поверителност, налично на сайта на дружеството [www.jzibg.com](http://www.jzibg.com), 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.

Дата на представяне на претенцията ..... Подпис на заявителя: .....

Попълва се от Агенцията:

Документите са подадени в .....

На дата:.....

/записва се датата на получаване на претенцията в агенцията/

Подпис на получателя.....

/в агенцията/

Име и фамилия .....

Декларирам, че информацията, дадена от мен по-горе, е вярна и пълна и давам съгласието си „Животозастрахователен институт“ АД да я използва във връзка с процедурите и администрирането на претенцията за застрахователно обезщетение. Известно ми е, че за неверни данни нося отговорност съгласно НК на Република България.