СЪГЛАСИЕ
ЖИВОТОЗАСТРАХОВАТЕЛНА КОМПАНИЯ

1303 София, бул. Тодор Александров 117
тел.: 02/ 933 79 20, office@saglasielife.bg, www.saglasielife.bg

ИСКАНЕ

ЗА ИЗВЪРШВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ПЛАЩАНЕ

ПО ЗАСТРАХОВАТЕЛЕН ДОГОВОР №: 70003047

ПРИЕЛ: ☐ Брокер / ☐ Служител :.....

ЦУ/Агенция ....., дата: ....., час: ....., подпис:.....

ПОДАЛ:.....,
(име, презиме, фамилия)

ЕГН/ЛНЧ/ ....., представляван 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., общ., обл.....

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 в размер на ..... EUR във връзка със застрахователно събитие, настъпило с

....., ЕГН/ЛНЧ .....,
(име, презиме, фамилия на ЗАСТРАХОВАНОТО ЛИЦЕ, когато е различно от лицето, което предявява претенцията)
на ..... година, довело до:

- ☐ Смърт от трудова злополука, злополука по време на изпълнение на трудови задължения или битова злополука;
- ☐ Смърт от злополука в резултат на злоумишлени действия на трети лица;
- ☐ Трайна загуба на работоспособност в резултат на злополука;
- ☐ Временна загуба на работоспособност в резултат на злополука;
- ☐ Смърт от заболяване;
- ☐ Трайна загуба на работоспособност над 50 % в резултат на заболяване;
- ☐ Временна загуба на работоспособност вследствие на заболяване;
- ☐ Медицински разходи в резултат на злополука или заболяване;
- ☐ Разходи за физиотерапия и рехабилитация вследствие на злополука или заболяване;
- ☐ Дневни пари за болничен престой вследствие на злополука или заболяване;
- ☐ Разходи за зъболечение в резултат на злополука;
- ☐ Разходи за репатриране и погребение, вследствие на злополука или заболяване;

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: …… 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: …… EUR ☐

2. ……, ЕГН/ЛНЧ ……
(име, презиме, фамилия)

BIC: ……; IBAN: …… EUR ☐

ДЕКЛАРАЦИЯ ПО ЧЛ.42, АЛ.2, Т.2 ОТ ЗМИП

ДЕКЛАРАТОР[1]: ……

Попадате ли в следната категория по чл. 36, ал. 2 от ЗМИП? ☐ Не ☐ Да, *отбележете с „Х" конкретната категория*

☐ държавни глави, ръководители на правителства, министри и заместник-министри или помощник-министри;
☐ членове на парламенти или на други законодателни органи;
☐ членове на конституционни съдилища, на върховни съдилища или на други висши органи на съдебната власт, чиито решения не подлежат на последващо обжалване освен при изключителни обстоятелства;
☐ членове на сметна палата;
☐ членове на управителни органи на централни банки;
☐ посланици и управляващи дипломатически мисии;
☐ висши офицери от въоръжените сили;
☐ членове на административни, управителни или надзорни органи на държавни предприятия и търговски дружества с едноличен собственик – държавата;
☐ кметове и заместник-кметове на общини, кметове и заместник-кметове на райони и председатели на общински съвети;
☐ членове на управителните органи на политически партии;
☐ ръководители и заместник-ръководители на международни организации, членове на управителни или надзорни органи в международни организации или лица, изпълняващи еквивалентна функция в такива организации.

През последните 12 месеца попадали ли сте в някоя от горепосочените категории? Не ☐ Да ☐
Ако сте отговорили с „ДА", посочете конкретната категория: ……

Попадате ли в следната категория по чл. 36, ал. 5 от ЗМИП? ☐ Не ☐ Да, *отбележете с „Х" конкретната категория*

☐ съпрузите или лицата, които живеят във фактическо съжителство на съпружески начала;
☐ низходящите от първа степен и техните съпрузи или лицата, с които низходящите от първа степен живеят във фактическо съжителство на съпружески начала;
☐ възходящите от първа степен и техните съпрузи или лицата, с които възходящите от първа степен живеят във фактическо съжителство на съпружески начала;
☐ родините по съребрена линия от втора степен и техните съпрузи или лицата, с които родините по съребрена линия от втора степен живеят във фактическо съжителство на съпружески начала;
☐ физическо лице, което е действителен собственик съвместно с лице по чл. 36, ал. 2 на юридическо лице или друго правно образувание или се намира в други близки търговски, професионални или други делови взаимоотношения с лице по чл. 36, ал. 2;
☐ физическо лице, което е едноличен собственик или действителен собственик на юридическо лице или друго правно образувание, за което се знае, че е било създадено в полза на лице по чл.36, ал. 2

През последните 12 месеца попадали ли сте в някоя от горепосочените категории? Не ☐ Да ☐
Ако сте отговорили с „ДА", посочете конкретната категория: ……

Дата …… Подпис: ……

[1] *Декларацията се попълва при предявяване на застрахователни претенции по следните застрахователни рискове: смърт, трайна загуба на работоспособност или за временна загуба на работоспособността.*

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

- ☐ Служебна бележка
- ☐ Удостоверение за банкова сметка - …… бр.
- ☐ Болничен лист - …… бр.
- ☐ 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)
- ☐ Декларация за настъпила трудова злополука
- ☐ Разпореждане на НОИ за трудова злополука
- ☐ Рецепти - …… бр.
- ☐ Рецептурна книжка
- ☐ Резултати от изследвания - …… бр.
- ☐ Фактури с фискални бонове в оригинал - …… бр.
- ☐ Заявление за избор на лекар/екип - …… бр.
- ☐ Стикер от медицинско изделие - …… бр.
- ☐ Препис-извлечение от акта за смърт
- ☐ Съобщение за смърт
- ☐ Аутопсионен протокол
- ☐ Удостоверение за наследници
- ☐ Пълномощно - …… бр.
- ☐ Други (опишете): ……..……
  ……
  ……..
  ……

С подписване на настоящото Искане декларирам, че:

- съм запознат/а с приложимите към застрахователния договор Общи условия;
- съм уведомен/а за правото на застрахователя да изиска допълнителни документи, както и да провери достоверността на предоставената медицинска и финансова документация и да използва цялата информация за установяване а застрахователното събитие и размера на застрахователната сума или обезщетение;
- приложените към настоящото Искане документи са представени лично от мен в качеството ми на заявител по застрахователна претенция за възстановяване на разходи за здравни стоки и/или услуги;
- представените от мен документи са издадени от надлежни лица/органи и отразените в тях обстоятелства са действително настъпили във вида и по начина, посочени в тях;
- във връзка с настоящото застрахователно събитие не съм предявявал претенция и не съм получавал застрахователно плащане за същото застрахователно събитие и за претендираните от мен разходи от друг застраховател;
- разполагам с оригиналите на изпратените документи и ги съхранявам. Предупреден съм, че, при поискване съм готов във всеки един момент да ги предоставя на Застрахователя на хартиен носител в оригинал.

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 основанието и целите за обработката на лични данни, трети лица, имащи достъп до тях, срока за съхранение, правата ми и данни за контакт.

Дата: ……

Заявител: ……
(подпис)

гр./с. ……