**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 ……………………………лв. 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: …………………………………………………………… 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 [ ]

**Декларация по чл.42, ал.2, т.2 от ЗМИП**

**Декларатор[[1]](#footnote-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;

[ ]  роднините по съребрена линия от втора степен и техните съпрузи или лицата, с които роднините 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: ……………………………………

**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](http://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. ………………………

1. *Декларацията се попълва при предявяване на застрахователни претенции по следните застрахователни рискове: смърт, трайна загуба на работоспособност или за временна загуба на работоспособността.*  [↑](#footnote-ref-1)