

ПРЕТЕНЦИЯ № _____ по полица № _____
за изплащане на застрахователна сума / възстановяване на разходи по Здравна застраховка, рискова застраховка „Живот“, застраховка „Злополука“ или допълнителни Клаузи към спестовна застраховка „Живот“, смесени застраховки „Живот“, застраховка „Живот“ свързана с Инвестиционен фонд, Детски и женитбени застраховки, застраховка на Кредитополучател

От _____ ЕГН _____
(име, презиме и фамилия)

в качеството си на: застраховано лице законен представител ползващо лице наследник на

_____ ЕГН _____
(име, презиме и фамилия)

Адрес за кореспонденция: град/село _____, област _____,

ул./ж.к. _____, № _____, бл. _____, вх. _____, ап. _____

Телефон за контакт _____

ЕЛЕКТРОННА ПОЩА _____

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)

Вид събитие: смърт трайна неработоспособност временна неработоспособност фрактури
 критични заболявания медицински разходи дневни пари хирургическо лечение

Дата на събитието: _____

Причина за събитието: заболяване злополука бременност раждане

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)

Прилагам следните документи:

Застрахователна полица в оригинал/копие

Служебна бележка от работодател за наличие на трудов договор (при групови застраховки)

Удостоверение за наследници (когато не са посочени ползващи лица)

Разпореждане от НОИ за призната трудова злополука № _____

Протокол за ПТП или друг документ от МВР удостоверяващ събитието (при ПТП)

- Препис - извлечение от Акт за смърт
- Копие от съобщение за смърт
- Влязло в сила Решение на ТЕЛК/НЕЛК № _____
- Болнични листове № _____
- Епикриза за проведено стационарно лечение № _____
- Амбулаторен лист/медицински талон направление, ЛАК _____ бр.
- Рентгенови снимки с разчитане _____ бр.
- Фактури за медицински услуги и лекарства с фискални бонове в оригинал №№ _____

- Копие от документ за самоличност на претендиращия
- Удостоверение за банкова сметка на застрахованото/ползващото лице
- Други документи, издадени за конкретния случай

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 сумата да ми бъде изплатена:

с банков превод по сметка: IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

валута BGN EUR, при банка _____ като разходите бъдат за моя сметка.

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.

Декларирам, че отговорите и информацията, дадена от мен, в мое лично качество или в качеството ми на пълномощник, е вярна и давам съгласието си ЗК "УНИКА Живот" АД да я ползва във връзка с процедурите и администрирането на претенцията за застрахователно обезщетение.

Известно ми е, че за представянето на неверни данни нося отговорност съгласно чл. 309 НК на Република България.

ЛИЧНИ ДАННИ

Информиран/а съм, че предоставените от мен лични данни, се обработват от ЗК „УНИКА Живот“ 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.unika.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 на представяне на претенцията: _____ г. Подпис на заявителя: _____