

ПРЕТЕНЦИЯ по застраховка „Отмяна на пътуване“

Полица №

Щета №

ДАННИ НА ЗАЯВИТЕЛЯ

Три имена:

(Застрахован, Законен наследник, Упълномощен)

ЕГН:

Адрес за кореспонденция:

Мобилен телефон: E-mail:

Заявявам, че желая одобрената сума да ми бъде изплатена по:

IBAN:

/лична банкова сметка/

Банка:

Дата и място на събитието:

Описание на събитието:

Приложени документи

- ☐ Документи, доказващи настъпването на някое от покритите събития по тази застраховка и последствията от него
- ☐ Договор за организирано пътуване
- ☐ Документ за потвърждение на резервация
- ☐ Документ за записване (резервация) за пътуването със съответните финансови документи, доказващи извършеното плащане
- ☐ Документ за закупуване на транспортни услуги
- ☐ Документ от доставчик на туристическа услуга, потвърждаващ датата на уведомлението за анулиране на пътуването
- ☐ Документ от доставчик на туристическа услуга, потвърждаващ датата на уведомлението от Вас за анулиране на транспортни услуги
- ☐ Други документи

Размер на претендираното обезщетение:

☐ Евро ☐ Долар ☐ Лева

Заявявам, че желая кореспонденцията по претенцията да се осъществява на координатите, посочени по-горе, по избор на Застрахователя.

С предоставянето на мобилен телефонен номер и електронен адрес се съгласявам да получавам текстови съобщения относно разглеждането на претенцията ми за изплащане на застрахователно обезщетение.

Долуподписаният Застрахован/законен представител на Застрахования, декларирам, че:

1. съм уведомен/а съм, че предоставените от мен лични данни (включително на други лица) се обработват от ЗД „Инстинкт“ АД в качеството му на администратор на лични данни съгласно действащото законодателство в областта на защитата на личните данни и съм запознат, както и останалите застраховани лица с Политиката за защита на личните данни, достъпна на следния адрес: <https://instinct-insurance.com/privacy>, налична в офисите на Застрахователя, и/или с Уведомлението за поверителност по чл. 13 и чл. 14 от Регламент (ЕС) 2016/679;
2. Съгласен/а съм ЗД „Инстинкт“ АД да обработва за целите на изпълнение на застрахователния договор предоставените от мен лични данни на непълнолетни ползватели лица.
3. Уведомен/а съм, че съгласно чл. 108, ал.1, от КЗ, Застрахователят ще се произнесе в срок от 15 работни дни, считано от датата на представяне на всички изискани от ЗД „Инстинкт“ АД документи.
4. Във връзка с настоящото застрахователно събитие не е предявена претенция и не ми е изплатено застрахователно обезщетение от друг Застраховател или институция.
5. **Имам / Нямам** друга валидна застраховка при друг застраховател за същите покрити по полицата рискове. *(излишното се зачертава)*

Дата:

Град:

/подпис/

Предоставят се копия на всички документи.

Застрахователят си запазва правото да изиска и други документи, както и оригинали.

Документите за застрахователни събития, настъпили извън територията на Република България следва да бъдат преведени на български език от заклет преводач (при поискване)