



ЗАЯВЛЕНИЕ ЗА ЩЕТА

по полица ИМУЩЕСТВО №:

ДАНИИ ЗА ЗАСТРАХОВАНИЯ

Три имена:

(Застрахован)

ЕГН:

Адрес на застрахованото/увреденото имущество:

Мобилен телефон: E-mail:

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

IBAN:

/лична банкова сметка/

Банка:

дата на събитието:

ОПИСАНИЕ НА СЪБИТИЕТО

.....
.....
.....
.....

Приблизителен размер на вредите.....

Начин на определяне размера на обезщетението

ДАНИИ ЗА ДЕКЛАРАТОРА

Три имена:

ЕГН: Мобилен телефон: E-mail:

Адрес:

В качеството си на: Застрахован Упълномощен с пълномощно № Друго.....

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“ ЕАД 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“ ЕАД да обработва за целите на изпълнение на застрахователния договор предоставените от мен лични данни на непълнолетни ползвачи 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“ ЕАД 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/