София - ул. „Сребърна“ № 13, п.к. 1407
0700 200 32
claims@instinct-insurance.com

ЗАЯВЛЕНИЕ ЗА ЩЕТА.....

по застрахователна полица ПОМОЩ ПРИ ПЪТУВАНЕ В ЧУЖБИНА №: ……

……

ДАННИ ЗА ПОСТРАДАЛОТО ЛИЦЕ – ПОПЪЛВА СЕ ОТ ЗАСТРАХОВАНИЯ / ПРЕТЕНДЕНТА

Три имена: .....

ЕГН: ..... Адрес за кореспонденция: .....

Мобилен телефон: ……..... E-mail: .....

Заявявам, че желая одобрената сума да ми бъде изплатена на

IBAN: …… Банка: ……
/лична банкова сметка/

ОПИСАНИЕ НА СЪБИТИЕТО

Дата на събитието: ……..……..... Място на събитието: ……..…….....

Уведомена ли е Асистанс компанията: ☐ ДА ☐ НЕ

……
.....
……
.....

ОПИС НА ПРЕДСТАВЕНИТЕ ДОКУМЕНТИ:

☐ Удостоверение за лична банкова сметка;

☐ Медицински документи (епикризи, амбулаторни листа, изследвания и др.) …… бр..
☐ Фактури за извършени разходи …… бр..

☐ Документ от авиокомпанията и/или летищните служби, доказващ събитието …… бр..
☐ Копия на самолетни билети
☐ Експертно решение на ТЕЛК/ НЕЛК
☐ Резултати от проведени изследвания …… бр..

☐ Удостоверение за наследници
☐ Съобщение за смърт
☐ Акт за смърт
☐ Билет и бордна карта за съответния полет на авиокомпанията;
☐ други: ……..

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 Застраховання, 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 ползващи 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.

Дата: .....

Град: .....

.....
/подпис/