



## ЗАЯВЛЕНИЕ ЗА ЩЕТА .....

по застрахователна полица **ПОМОЩ ПРИ ПЪТУВАНЕ В ЧУЖБИНА №:** .....

### ДАНИ 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 Асисанс компанията: ДА  / НЕ

Кратко описание:

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

### ОПИС НА ПРЕДСТАВЕНИТЕ ДОКУМЕНТИ:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Медицински документи (епикризи, амбулаторни листа, изследвания и др.) ..... бр.                | <input type="checkbox"/> Съобщение за смърт                    |
| <input type="checkbox"/> Експертно решение на ТЕЛК/ НЕЛК  | <input type="checkbox"/> Акт за смърт                          |
| <input type="checkbox"/> Документи за извършени разходи ..... бр.   | <input type="checkbox"/> Удостоверение за лична банкова сметка |
| <input type="checkbox"/> Документи, издадени от компетентен орган (полиция, прокуратура, следствие, съд и др.) .....бр. | <input type="checkbox"/> Удостоверение за наследници           |
| <input type="checkbox"/> Документи от авиокомпанията и/или летищните служби, доказващ събитието ..... бр.               | <input type="checkbox"/> Други: .....                          |
| <input type="checkbox"/> Копия на самолетни билети и бордна карта за съответния полет на авиокомпанията ..... бр.       | .....  |
|   | .....  |
|   | .....  |
|   | .....  |

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:

- 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;
- Съгласен/а съм ЗД „Инстинкт“ ЕАД да обработва за целите на изпълнение на застрахователния договор предоставените от мен лични данни на непълнолетни ползвачи лица.
- 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.
- Във връзка с настоящото застрахователно събитие не е предявена претенция и не ми е изплатено застрахователно обезщетение от друг Застраховател или институция.

Дата: .....

.....  
/подпис/

Град: .....