



ЗАЯВЛЕНИЕ

за настъпил риск по застраховки „Живот“

ПРОДУКТ	Индивидуална застраховка „Живот“, свързана с инвестиционен фонд	☐
	Смесена застраховка „Живот“	☐
	Детска застраховка (спестовна)	☐

Заявление за настъпил риск „Доживяване“	☐
Заявление за настъпил риск Смърт на застрахованото лице	☐
Заявление за настъпил риск по допълнително покритие (хоспитализация; фрактура)	☐

Застрахователна полица (договор) №:	
-------------------------------------	--

ЗАСТРАХОВАН:	
Три имена:	ЕГН/ЛНЧ:
Адрес за кореспонденция:	
Ел. поща:	Телефон:

ЗАЯВИТЕЛ (заявлението се подава от):		
☐ Застрахован (лично)	☐ Законен представител ☐ Законен наследник	☐ Ползващо се лице, посочено в договора (бенефициер)
Три имена:	ЕГН/ЛНЧ:	
Адрес за кореспонденция:		
Ел. поща:	Телефон:	

Забележка: При настъпил покрит риск „Смърт“, заявлението се попълва от ползващите се лица. В случай, че ползващото се лице е под 18 години, се попълва от законния му представител, но се посочва личната банкова сметка на ползващото се лице.

ЗАСТРАХОВАТЕЛНАТА СУМА/ЗАСТРАХОВАТЕНОТО ОБЕЗЩЕТИЕ ДА СЕ ИЗПЛАТИ НА:		
Застраховано лице ☐	Законен наследник ☐	Ползващо се лице (бенефициер) ☐
I-ban:		
Банка:	Титуляр:	ЕГН:
i-ban:		
Банка:	Титуляр:	ЕГН:
i-ban:		
Банка:	Титуляр:	ЕГН:



ЗАЯВЛЕНИЕ

за настъпил риск по застраховки „Живот“

Декларации:

- Всички предоставени с настоящото заявление документи /доказателства са издадени от надлежни лица/органи и отразените в тях обстоятелства са настъпили във вида и по начина, посочени в тях. Разполагам с оригиналите на изпратените документи и ги съхранявам.
- Запознат/а съм, че при поискване от застрахователя съм задължен да му ги представя в оригинал. Чрез предоставянето на мобилен телефонен номер и електронен адрес се съгласявам да получавам уведомления относно развитието на заведената претенция.
- Запознат/а съм с възможността да се откажа от получаването на такива съобщения.
- Запознат/а съм, че при предоставяне на невярна информация, Застрахователя има право да откаже претенция за изплащане на застрахователно обезщетение, както и да прекрати застрахователното покритие.
- Запознат/а съм, че вписаните мои данни, които са налични по смисъла на Закона за защита на личните данни и Регламент (ЕС)2016/679 на ЕП и Съвета от 24.04.2016г., ще бъдат събирани и обработвани за целите и от лицата, посочени в „Уведомление за поверителност“, неразделна част към Общите условия на застраховката и достъпни на адрес: www.groupama.bg.

Дата и място на подаване:

Три имена и подпис на заявителя:

ДОКУМЕНТИ, КОИТО СЕ ПРЕДОСТАВЯТ ЗАЕДНО СЪС ЗАЯВЛЕНИЕТО:

ДОЖИВЯВАНЕ

(изтичане срока на полицата/застрахователния договор)

- ☐ Копие на документ за самоличност на Застрахования и Ползващото се лице, (ако е различно от Застрахования) заверено с „вярно с оригинала“, дата и подпис;
- ☐ Застрахователен договор (оригинал) или Декларация за загубен или унищожен екземпляр на полица;
- ☐ Декларация на основание чл. 142 т, ал. 1 от Данъчно-осигурителния процесуален кодекс (ДОПК);
- ☐ Декларация за ползвани данъчни облекчения във връзка с чл. 38, ал. 9 от ЗДФЛ;
- ☐ Декларация по чл. 42, ал. 2, т. 2 от ЗМИП.

СМЪРТ

(преди изтичане срока на полицата/застрахователния договор)

- ☐ Препис-извлечение от Акт за смърт на застрахованото лице;
- ☐ Удостоверение за наследници (в случай, че не са посочени ползвачи се лица) на застрахованото лице;
- ☐ Декларация на основание чл. 142 т, ал. 1 от Данъчно-осигурителния процесуален кодекс (ДОПК);
- ☐ Декларация по чл. 42, ал. 2, т. 2 от ЗМИП;
- ☐ Други документи имащи отношение към заявлението и риска:

ДРУГИ ДОПЪЛНИТЕЛНИ
РИСКОВЕ по полицата –
ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ/ФРАКТУРА

- ☐ Епикриза;
- ☐ Рентгеново изследване.