



# ЗАЯВЛЕНИЕ

за застрахователно плащане по застраховки свързани с банкови карти/Застраховки „Злополука“

Вх. №	от	г.	Поделение на Банка ДСК АД:
Иzx. №	от	г.	Поделение на Банка ДСК АД:
Данни за служителя на БДСК, приел настоящето заявление	Име:	Ел. поща:	Тел.:

ПРОДУКТ	Групова застраховка „СПОКОЙСТВИЕ КЪМ КРЕДИТНА УСЛУГА ОВЪРДРАФТ“	<input type="checkbox"/>
	Застраховка „КОМФОРТ БИЗНЕС“	<input type="checkbox"/>
	Групова застраховка „СПОКОЙСТВИЕ КЪМ ДЕБИТНА КАРТА“	<input type="checkbox"/>
	Групова застраховка „СПОКОЙСТВИЕ КЪМ КРЕДИТНА КАРТА“	<input type="checkbox"/>
	Групова застраховка „ЗЛОПОЛУКА“ НА КАРТОДЪРЖАТЕЛИ	<input type="checkbox"/>
	Групова застраховка „ЗЛОПОЛУКА“ НА КРЕДИТОПОЛУЧАТЕЛИ	<input type="checkbox"/>
	Застраховка „ЗЛОПОЛУКА“ – „МОЕТО СЕМЕЙСТВО“	<input type="checkbox"/>

№ на кредит (за застраховани КРЕДИТОПОЛУЧАТЕЛИ):	
№ на карта (за застраховани КАРТОДЪРЖАТЕЛИ):	

<b>ЗАСТРАХОВАН (пострадало лице):</b>	
Три имена:	ЕГН/ЛНЧ:

<b>ЗАЯВИТЕЛ (заявлението се подава от):</b>		
<input type="checkbox"/> Застрахован (лично)	<input type="checkbox"/> Законен представител	<input type="checkbox"/> Законен наследник
Три имена:	ЕГН/ЛНЧ:	
Адрес за кореспонденция:		
Ел. поща:	Телефон:	

<b>ДАТА НА СЪБИТИЕТО:</b>	
---------------------------	--

РЕАЛИЗИРАН РИСК В РЕЗУЛТАТ НА ЗЛОПОЛУКА:	Смърт	<input type="checkbox"/>
	Пълна трайна неработоспособност/ Трайно намалена или загубена работоспособност / Пълна необратима загуба на автономност	<input type="checkbox"/>
	Временна неработоспособност	<input type="checkbox"/>
	Временна неработоспособност във връзка с хоспитализация	<input type="checkbox"/>
	Защита при неразрешени платежни операции, свързани с дебитна или кредитна карта	<input type="checkbox"/>
	Защита на парични средства	<input type="checkbox"/>
	Защита на документи	<input type="checkbox"/>
	Защита при злополука	<input type="checkbox"/>
	Неправомерно използване на картата в резултат на нейната кражба, грабеж или Загуба	<input type="checkbox"/>
	Кражба / грабеж или загуба на изтеглени пари в брой	<input type="checkbox"/>
	Кражба или загуба на ключове и/или ключове от сейф и/или лични документи	<input type="checkbox"/>
	Кражба на мобилен телефон/таблет и кражба или загуба на портмоне/чанта	<input type="checkbox"/>
Кражба или загуба на документи	<input type="checkbox"/>	

<b>ОПИСАНИЕ НА НАСТЪПИЛОТО СЪБИТИЕ:</b>
---



# ЗАЯВЛЕНИЕ

за застрахователно плащане по застраховки свързани с банкови карти/Застраховки „Злополука“

ДОПЪЛНИТЕЛНА ИНФОРМАЦИЯ ВЪВ ВРЪЗКА С РЕАЛИЗИРАНАТА ЗЛОПОЛУКА (АКО Е НАЛИЧНА):	
№ на досъдебно производство:	При прокуратура:
№ на дело:	По описа на:
Друго:	

ЗАСТРАХОВАТЕЛНОТО ОБЕЗЩЕТИЕ ДА СЕ ИЗПЛАТИ НА:	
Застраховано лице <input type="checkbox"/> Законен наследник <input type="checkbox"/>	
IBAN:	
Банка:	Титуляр: ЕГН:
IBAN:	
Банка:	Титуляр: ЕГН:
IBAN:	
Банка:	Титуляр: ЕГН:

**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 с 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](http://www.groupama.bg) .

Дата и място на подаване:	
---------------------------	--

**Три имена и подпис на заявителя:**



# ЗАЯВЛЕНИЕ

за застрахователно плащане по застраховки свързани с банкови карти/Застраховки „Злополука“

ДОКУМЕНТИ, КОИТО СЕ ПРЕДОСТАВЯТ ЗАЕДНО СЪС ЗАЯВЛЕНИЕТО:	
ПРИ ВСИЧКИ РИСКОВЕ	<input type="checkbox"/> Застрахователен сертификат <input type="checkbox"/> Общи условия, подписани от застрахованото лице
СМЪРТ	<input type="checkbox"/> Препис-извлечение от Акт за смърт; <input type="checkbox"/> Съобщение за смърт; <input type="checkbox"/> Удостоверение за наследници; <input type="checkbox"/> Банкови сметки и копие на лични карти на наследниците, в случаите, когато са ползващи се лица по застраховката; <input type="checkbox"/> Номер на досъдебно производство, наблюдаващ прокурор и прокуратура <input type="checkbox"/> Протокол от ПТП/ Протокол от трудова злополука
ПЪЛНА ТРАЙНА НЕРАБОТОСПОСОБНОСТ/ ТРАЙНО НАМАЛЕНА ИЛИ ЗАГУБЕНА РАБОТОСПОСОБНОСТ	<input type="checkbox"/> Експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК; <input type="checkbox"/> Медицински документи – епикризи от болнично лечение, амбулаторни листове от прегледи и консултации <input type="checkbox"/> Номер на досъдебно производство, наблюдаващ прокурор и прокуратура <input type="checkbox"/> Протокол от ПТП/ Протокол от трудова злополука.
ВРЕМЕННА НЕРАБОТОСПОСОБНОСТ	<input type="checkbox"/> Болнични листове; <input type="checkbox"/> Медицински документи – епикризи от болнично лечение, амбулаторни листове от прегледи и консултации
ПОКРИТИЕ „ЗАЩИТЕНА КАРТА“ ПОКРИТИЕ „КОМФОРТ“	<input type="checkbox"/> Банково извлечение, показващо плащането на такса за блокиране на картата; <input type="checkbox"/> В случай на кражба или грабеж – полицейски протокол или протокол, издаден от друг компетентен орган; <u>В случай на загуба на карта или ключове или лични документи</u> <input type="checkbox"/> Фактури във връзка с разходите за подмяна на загубените или откраднати ключове, ключове от сейф, лични документи, чанта или портмоне и копие от издадените нови документи; <u>В случай на кражба на мобилен телефон или таблет</u> <input type="checkbox"/> Документ (фактура, банково извлечение), доказващо покупката на нов мобилен телефон или таблет; <input type="checkbox"/> Други

Адрес за кореспонденция:



ел. поща: [office@groupama.bg](mailto:office@groupama.bg)



„Групама Застраховане“ ЕАД  
бул. „Цариградско шосе“ № 47 А, бл. В, ет. 3  
1124 София



Тел. 0700 123 32