



# ЗАЯВЛЕНИЕ

за настъпил риск по застраховки „Живот“

ПРОДУКТ	Индивидуална застраховка „Живот“, свързана с инвестиционен фонд	<input type="checkbox"/>
	Смесена застраховка „Живот“	<input type="checkbox"/>
	Детска застраховка (спестовна)	<input type="checkbox"/>

Заявление за настъпил риск „Доживяване“	<input type="checkbox"/>
Заявление за настъпил риск Смърт на застрахованото лице	<input type="checkbox"/>
Заявление за настъпил риск по допълнително покритие (хоспитализация; фрактура)	<input type="checkbox"/>

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

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

<b>ЗАЯВИТЕЛ (заявлението се подава от):</b>		
<input type="checkbox"/> Застрахован (лично)	<input type="checkbox"/> Законен представител <input type="checkbox"/> Законен наследник	<input type="checkbox"/> 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.*

<b>ЗАСТРАХОВАТЕЛНАТА СУМА/ЗАСТРАХОВАТЕНОТО ОБЕЗЩЕТИЕ ДА СЕ ИЗПЛАТИ НА:</b>		
Застраховано лице <input type="checkbox"/>	Законен наследник <input type="checkbox"/>	Ползващо се лице (бенефициер) <input type="checkbox"/>
IBAN:		
Банка:	Титуляр:	ЕГН:
IBAN:		
Банка:	Титуляр:	ЕГН:
IBAN:		
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](http://www.groupama.bg).

<b>Дата и място на подаване:</b>	
----------------------------------	--

## Три имена и подпис на заявителя:

ДОКУМЕНТИ, КОИТО СЕ ПРЕДОСТАВЯТ ЗАЕДНО СЪС ЗАЯВЛЕНИЕТО:	
<b>ДОЖИВЯВАНЕ</b> (изтичане срока на полицата/застрахователния договор)	<input type="checkbox"/> Копие на документ за самоличност на Застрахования и Ползващото се лице, (ако е различно от Застрахования) заверено с „вярно с оригинала“, дата и подпис; <input type="checkbox"/> Застрахователен договор (оригинал) или Декларация за загубен или унищожен екземпляр на полицата; <input type="checkbox"/> Декларация на основание чл. 142 т. ал. 1 от Данъчно-осигурителния процесуален кодекс (ДОПК); <input type="checkbox"/> Декларация за ползвани данъчни облекчения във връзка с чл. 38, ал. 9 от ЗДФЛ; <input type="checkbox"/> Декларация по чл. 42, ал. 2, т. 2 от ЗМИП.
<b>СМЪРТ</b> (преди изтичане срока на полицата/застрахователния договор)	<input type="checkbox"/> Препис-извлечение от Акт за смърт на застрахованото лице; <input type="checkbox"/> Удостоверение за наследници (в случай, че не са посочени ползвачи се лица) на застрахованото лице; <input type="checkbox"/> Декларация на основание чл. 142 т. ал. 1 от Данъчно-осигурителния процесуален кодекс (ДОПК); <input type="checkbox"/> Декларация по чл. 42, ал. 2, т. 2 от ЗМИП; <input type="checkbox"/> Други документи имащи отношение към заявлението и риска: _____ _____
<b>ДРУГИ ДОПЪЛНИТЕЛНИ РИСКОВЕ</b> по полицата – <b>ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ/ФРАКТУРА</b>	<input type="checkbox"/> Епикриза; <input type="checkbox"/> Рентгеново изследване.

Адрес за кореспонденция:

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

☎ Тел: 0700 123 32