



ЗАЯВЛЕНИЕ

за изплащане на застрахователно обезщетение по застраховка „Помощ при пътуване“

Заявител / застраховано лице:

Три имена:

ЕГН/ЛНЧ:

Адрес за кореспонденция:

Ел. поща:

Телефон:

Попълвам настоящето в качеството си на законен представител/настойник на:

Три имена:

ЕГН/ЛНЧ:

Застрахователна полица №:

Дата на събитие:

Място на събитие:

Вид събитие:

- ☐ Медицински разходи ☐ Трайна неработоспособност ☐ Смърт ☐ Репатриране
☐ Багаж и документи ☐ Правна помощ ☐ Промяна в престоя ☐ Къмпинг
☐ Спасителни разходи ☐ Обща гражданска отговорност

Описание на настъпилото събитие:

Сума за възстановяване:

Валута:

Банкова сметка за изплащане на застрахователното обезщетение:

IBAN:

Банка: Титуляр: ЕГН:

Всички суми в лева ще бъдат възстановени в евро по официалния фиксиран курс от 1.95583 лв. за 1 евро.

ПРЕДОСТАВЕНИ ДОКУМЕНТИ*, необходими за оценка на застрахователната претенция (отбележете):

- ☐ Амбулаторен/и лист/ове или други медицински документи; ☐ Рецепта за терапия;
☐ Документи (резултати) от проведени изследвания, в т.ч. ☐ Копие от рентгенова снимка;
разчитане на образни изследвания; ☐ Други, не посочени по-горе, документи (моля опишете):
☐ Фактура на Ваше име с касов или релевантен финансов документ, доказващ извършеното плащане;

**Моля да имате предвид, че всички предоставени с настоящото заявление документи /доказателства следва да са издадени от надлежни лица/органи и отразените в тях обстоятелства са настъпили във вида и по начина, посочени в тях. Уверете се, че разполагате с оригиналите на изпратените документи и ги съхранявате по надлежния начин. Застрахователят си запазва правото да изиска оригинали на документите и/или допълнителни документи, имащи отношение към застрахователната претенция, в хода на оценката ѝ в срок до 5 години от датата на настъпването на застрахователното събитие, породило задължението за възстановяването на направените разходи.*

Декларации:

С настоящото декларирам, че съм/на съм получил и няма да получа обезщетение от трети лица по този случай, както и че

☐ **имам (в застрахователно дружество:)**

☐ **нямам друга валидна застраховка, която покрива същите рискове в друга застрахователна компания.**

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 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.

Дата на подаване:

Три имена и подпис на заявителя: