

## ПРЕТЕНЦИЯ ЗА ИЗПЛАЩАНЕ НА СУМИ (ФИЗИЧЕСКИ ЛИЦА)

ОТ....., ЕГН/ЛНЧ ..... месторабота: .....  
(три имена на правоимащото лице) безработен  учащ

законен представител  / упълномощено лице  ..... ЕГН/ЛНЧ .....  
(три имена на законен представител /упълномощено лице)

Данни за правоимащото лице:  
Лична карта/ Паспорт № ....., издадена от ..... на дата .....  
Постоянен адрес (вкл. държава): ..... П.К. ....  
Адрес за кореспонденция (вкл. държава): ..... П.К. ....  
Мобилен тел.: ..... e-mail: .....

**Съгласен/а съм да получавам уведомления по претенцията на посочения е-мейл адрес:**  да  не

Моля да бъдат изплатени дължимите суми по Договор № (Здравна карта №) ..... за:

<input type="checkbox"/> Изтекъл срок*	<input type="checkbox"/> Временна неработоспособност	<input type="checkbox"/> Комплексна мед. помощ
<input type="checkbox"/> Откуп/частичен откуп*	<input type="checkbox"/> Трайна неработоспособност	<input type="checkbox"/> Извънболнична мед. помощ
<input type="checkbox"/> Заем*	<input type="checkbox"/> ДПБП/СОЛОС/Медицински разходи	<input type="checkbox"/> Болнична мед. помощ
<input type="checkbox"/> Смърт*	<input type="checkbox"/> Смърт по рискови застраховки „Живот“	<input type="checkbox"/> Други: .....

Сумите да бъдат преведени по банкова сметка: Валута:  BGN  EUR  USD

IBAN [.....]  
BIC [.....] Банка: .....

Уведомен съм от застрахователя, че в случай, че предоставената от мен банкова сметка е с титуляр друго лице, е необходимо да представя и изрично писмено пълномощно с нотариална заверка на подписите, в което се съдържа изявление, че имам право да получа плащането лично.

### Прилагам следните документи:

1. Застрахователна полица / служебна бележка от работодател
2. Декларация по чл. 142т, ал.1 от ДОПК\*
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....
7. ....

Получих копие от заведената претенция и съм запознат с необходимите документи за изплащане на суми:

Уведомен съм, че на основание чл.108,ал. 1,т.1 от Кодекса за застраховането, застрахователят ще се произнесе в срок от 15 /петнадесет/ работни дни, считано от датата на представяне на последния изрично изискан документ.

Уведомен съм, че на основание чл. 108, ал.1, т.2 от Кодекса за застраховането, при непредставяне на изрично изисканите документи, Застрахователят ще се произнесе по претенцията в 6 /шест/ месечния срок от датата на нейното предявяване, като в случай на недоказаност на застрахователно събитие и/или вредите, застрахователят ще откаже плащане.

Получил съм, запознат съм и приемам „Информацията за защита на личните данни“, изготвена от Застрахователя в качеството му на администратор на лични данни в изпълнение на изискванията на чл. 13 и 14 на Регламент (ЕС) 2016/679 (Общ регламент относно защитата на данните). Информирани съм, че „Информацията за защита на личните данни“ е публикувана и на електронната страница на Застрахователя – www.dzi.bg. Доброволно предоставям лични данни на Застрахования/Правоимащото лице с цел изпълнение на задълженията на Застрахователя по сключения застрахователен договор. Обработвам законосъобразно личните данни на Застрахования/Правоимащото лице, предоставени на Застрахователя за целите на уреждане на застрахователни претенции, при спазване на нормативните изисквания съгласно Регламент (ЕС) 2016/679 и Закона за защита на личните данни.

Дата: ..... Подпис: .....

\* Задължително се попълва и представя при отбелязаните със знак (\*) плащания на суми по застраховки „Живот“

Претенцията е заведена в регистъра на плащанията под №..... /.....  
Информация по претенцията може да получите на тел.: .....  
Данните на лицето, подаващо претенцията, са сверени с валиден документ за самоличност.  
Към претенцията е приложено копие на документа за самоличност на законния представител/упълномощеното лице\*  
Служител на „ДЗИ-Животозастраховане“ ЕАД .....  
(име, подпис)

Застрахователят обработва претенцията след представянето на всички необходими документи.

Списък с липсващи документи, необходими за обработване на претенцията:

1. ....
2. ....

Изготвен от служител на „ДЗИ-Животозастраховане“ ЕАД: .....  
(подпис)

Допълнително представени документи:	на дата	Служител „ДЗИ-Животозастраховане“ ЕАД	подпис

Изплатена сума МО № ..... /..... Отказано плащане с писмо № ..... /.....  
(попълва се от служител на „ДЗИ – Животозастраховане“ ЕАД)

**Сметка за плащане от Автоматизираната система**

Становище на експерт/ гл. специалист животозастраховане:

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

Експерт/ Гл. специалист: .....  
(подпис)

Становище на юриконсулт:

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

Юриконсулт: .....  
(подпис)

Становище на медицински експерт:

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

Медицински експерт: .....  
(подпис)

**РЕШЕНИЕ:**

Да се изплати .....

Да се откаже .....

Директор „Ликвидация медицинско и животозастраховане“: .....