

## ПРЕТЕНЦИЯ

за изплащане на суми (физически лица)  
при **Трайна неработоспособност, Временна неработоспособност,**  
**Особено тежки заболявания и Смърт**  
по застраховки „Живот“ и рисков застраховки „Живот“  
по застрахователна полица № .....

<b>1. Правоимащо лице*</b>																				
Име ..... , ЕГН/ЛНЧ ..... месторабота:..... (три имена на 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: .....																				
<b>Съгласен съм цялата кореспонденция по претенцията да бъде водена чрез посочения от мен e-mail адрес, включително за изискуеми документи и становища:</b> да <input type="checkbox"/> не <input type="checkbox"/>																				
Законен представител/Упълномощено лице ..... ЕГН/ЛНЧ .....																				
<b>2. Моля да ми бъде изплатена полагащата се застрахователна сума по застраховката за риска:</b>																				
<input type="checkbox"/> Временна неработоспособност вследствие на злополука	<input type="checkbox"/> Трайно намалена работоспособност вследствие на злополука	<input type="checkbox"/> Особено тежки заболявания																		
<input type="checkbox"/> Временна неработоспособност вследствие на общо заболяване	<input type="checkbox"/> Трайно намалена работоспособност вследствие на общо заболяване	<input type="checkbox"/> Смърт по рискови застраховки „Живот“																		
<input type="checkbox"/> Друго .....																				
<b>3. Сумите да бъдат преведени по банкова сметка:</b>																				
IBAN <table border="1" data-bbox="191 985 1029 1041"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																			Валута: <input type="checkbox"/> BGN <input type="checkbox"/> EUR <input type="checkbox"/> USD	
BIC <table border="1" data-bbox="191 1075 502 1131"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									Банка: .....											
Уведомен съм от застрахователя, че в случай, че предоставената от мен банкова сметка е с титულър 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.																				
<b>4. Информация за събитието</b>																				
Дата на събитието:	Място:																			
Кратко описание на настъпилото събитие: ..... ..... .....																				
Къде е проведено лечението? (Име на лекар/ болница, адрес и телефон)																				
Личен лекар: (Име, адрес и телефон)																				
Имате ли предходни заболявания, злополуки или други увреждания? (Ако да, избройте и приложете документи)																				
<b>5. Приложени документи (моля, отбележете с X или друг знак):</b>																				
<input checked="" type="checkbox"/> Копие на документ за самоличност;	<input type="checkbox"/> Болничен лист _ бр;	<input type="checkbox"/> Препис – извлечение от акт за смърт;																		
<input checked="" type="checkbox"/> Удостоверение за лична банкова сметка;	<input type="checkbox"/> Амбулаторен лист _ бр;	<input type="checkbox"/> Съобщение за смърт;																		
<input type="checkbox"/> Застрахователна полица	<input type="checkbox"/> Епикриза _ бр;	<input type="checkbox"/> Удостоверение за наследници;																		
<input type="checkbox"/> Експертно решение на ТЕЛК/ НЕЛК;	<input type="checkbox"/> Протокол за настъпило ПТП;	<input type="checkbox"/> .....																		
<input type="checkbox"/> Служебна бележка от работодател;	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....																		
<b>6. Декларация на основни чл. 42, ал. 2, т. 2 от Закона за мерките срещу изпирането на пари:</b>																				
<b>Декларация на основни чл. 42, ал. 2, т. 2 от Закона за мерките срещу изпирането на пари:</b>																				
Попадате ли в категорията видна политическа личност (ВПЛ) или свързано лице с ВПЛ по смисъла на чл. 36 от ЗМИП? да <input type="checkbox"/> не <input type="checkbox"/>																				
Ако отговорите с „да“, моля попълнете отделна декларация по образец.																				

\* **Забележка:** При настъпване на някои събития правоимащите лица са повече от едно, като претенцията се попълва поотделно от всяко едно от правоимащите лица;

## 7. Информация и декларации:

С полагане на подписа си, декларирам, че:

1. Разбирам съдържанието и значението на поставените въпроси в настоящата Претенция. Декларирам, че отговорите ми са верни, изчерпателни и предоставени добросъвестно.
2. Уведомен/а съм, че Застрахователят по договора е „ДЗИ - Животозастраховане“ ЕАД, ЕИК 121518328, със седалище и адрес на управление: София 1463, бул. „Витоша“ №89Б, денонощен контактен център 0700 16 166, e-mail: [clients@dzi.bg](mailto:clients@dzi.bg) и интернет страница: [www.dzi.bg](http://www.dzi.bg);
3. Запознат съм с Общите условия по застрахователния договор.
4. Получил/а съм, запознат/а 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/ а съм, че „Информацията за защита на личните данни“ е публикувана и на електронната страница на Застрахователя – [www.dzi.bg](http://www.dzi.bg). Доброволно предоставям лични данни на Застрахователя/ Правоимащото лице с цел изпълнение на задълженията на Застрахователя по сключения застрахователен договор. Обработвам законосъобразно личните данни на Застрахователя/ 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.
5. Уведомен съм, че във връзка с претенцията, имам право да подам жалби за изплащане на застрахователни обезщетения във всяко териториално поделение на Застрахователя (ЦУ, главна агенция, агенция, офис) в писмена форма. Правилата на „ДЗИ - Животозастраховане“ ЕАД за уреждане на претенции по чл. 104, ал. 1 от КЗ са публикувани на интернет сайта на дружеството: [www.dzi.bg](http://www.dzi.bg), в секция „Помощ при щета“ (<https://www.dzi.bg/bg/помощ-при-щета>). Жалби срещу Застрахователя, в зависимост от естеството им, могат да бъдат подавани и пред Комисия за финансов надзор – 1000 София, ул. „Будапеща“ № 16 или на e-mail: [delovodstvo@fsc.bg](mailto:delovodstvo@fsc.bg); Комисия за защита на потребителите – 1000 София, пл. „Славейков“ № 4А или на интернет страница [www.kzp.bg](http://www.kzp.bg) и Комисия за защита на личните данни – 1592 София, бул. „Проф. Цветан Лазаров“ № 2 или на e-mail: [kzld@cpdp.bg](mailto:kzld@cpdp.bg), както и до други компетентни органи. Всички спорни въпроси, за които не е постигнато споразумение между страните, могат да бъдат отнесени за разрешаване по компетентност от съответния български съд, по общия ред или разгледани извънсъдебно в производство по Алтернативното решаване на спорове пред секторната помирителна комисия към Комисията за защита на потребителите или чрез медиация.
6. 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. 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.

Дата:.....

Подпис:.....

### Частта по-долу се попълва от служител на ДЗИ, приел претенцията:

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 .....

Списък с липсващи документи, необходими за обработване на претенцията:

1. ....
  2. ....
- Изготвен от служител на „ДЗИ-Животозастраховане“ ЕАД: .....

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