

Образец 8

До ЗАД "БУЛСТРАД ЖИВОТ
ВИЕНА ИНШУРЪНС ГРУП" АД
Ул. "Света София" N 6,
София 1301

З А Я В Л Е Н И Е

за изплащане на застрахователна сума или част от нея

_____ (име на застрахования кредитополучател)

притежаващ л. карта _____, издадена на _____ г. от _____ (МВР)

ЕГН _____, с адрес: _____, и мобилен телефон _____,

Или: от _____,

притежаващ л. карта _____, издадена на _____ г. от _____ (МВР)

ЕГН _____, с адрес: _____, и мобилен телефон _____,

в качеството си на законен наследник на _____, ЕГН _____

ЛИЦЕ ЗА КОНТАКТ В ОБСЛУЖВАЩИЯ КЛОН НА БАНКАТА: _____
(име, електронен адрес, телефон на банковия служител)

Моля да ми бъде изплатена застрахователна сума по по договор за групова застраховка "Живот и безработица" на получателите на ипотечни кредити на "Юробанк И Еф Джи България" АД

Застрахователното събитие, което е основание за плащане, е следното:

I. Смърт, трайна и/ или временна неработоспособност на застрахованото лице (отбелязва се застрахователното събитие)

Заболяване
Прилагам следните документи:
1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Злополука

_____ точно описание на застрахователното събитие/ дата на настъпване/ причина

Прилагам следните документи:
1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

II. Безработица

_____ работодател

_____ дата на прекратяване на трудовото правоотношение (ден, месец, година) _____ дата на получаване на предизвестното (ден, месец, година)

Вид на трудовия договор: безсрочен срочен

Дата на регистрация в териториалното Бюро по труда: _____

Адрес и контакт на Бюро по труда, където е записано застрахованото лице: _____

Прилагам следните документи:
1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Забележка: Застрахователите не могат да извършват плащания без информацията, която изискваме по-горе. Моля, посочвайте всички данни.

С настоящото уведомление декларирам, че дадените от мен отговори са верни и напълно отговарят на истината. Във връзка с разпоредбите на Закона за защита на личните данни давам съгласието си тези лични данни да бъдат обработвани и използвани от Застрахователя за целите на пълното и точното изпълнение на условията по застраховката ми. Освобождавам лекарите и здравните заведения, при/в които/където съм се лекувал/а от тяхното задължение за спазване на лекарската тайна по отношение на Застрахователите и ги оторизирам да предоставят данни на Застрахователите във връзка със застраховката и при настъпване на застрахователно събитие.

подпис: _____ дата: _____