ГРАВЕ БЪЛГАРИЯ
Животозастраховане ЕАД

ВХ. № ……./……..

ФОРМУЛЯР № 2

За предявяване на застрахователна претенция в случай на смърт на застрахованото лице

(попълва се от всяко едно от ползващите се лица по договора)

ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ ПОЛИЦИ № 11,_____._____;11,_____._____;11,_____._____

1. Данни за застрахованото лице
Име/Презиме/Фамилия:
ЕГН:
Постоянен адрес:
Личен лекар (име, адрес и телефон):
Професия и последен работодател:
2. Информация за настъпилото застрахователно събитие
Дата и място на настъпване на смъртта:
☐ **При смърт вследствие на заболяване**
Причина за смъртта:
Дата на първоначално диагностициране на заболяването, посочено като причина за смъртта:
Къде е настъпила смъртта (име на болницата/ в дома/ другаде – посочете точно):
☐ **При смърт вследствие на злополука**
Причина за смъртта:
Дата и място на злополуката:
Описание на злополуката (следва да се опише подробно с цел ясното пресъздаване на обстоятелствата):
РПУ, разследващо злополуката, ако се провежда разследване:
Провеждано ли е лечение след злополуката и ако да, къде и кога?
3. Данни за ползващото се лице
Име/ Презиме/ Фамилия:
ЕГН:
Адрес за кореспонденция и телефон за връзка:

ДЕКЛАРАЦИЯ на основание чл. 42, ал. 2, т.2 от ЗМИП

Долуподписаният/ата **……**, ЕГН **……**декларирам:

□ заемам/ заемал съм висша държавна длъжност по смисъла на чл.42, ал.2, т.2 от ЗМИП в Р. България или в чужда държава и/или съм свързан с такова лице, **(моля, попълнете Декларация по чл.42, ал.2, т.1 от ЗМИП);**

□ не заемам/ не съм заемал висша държавна длъжност по смисъла на чл.42, ал.2, т.2 от ЗМИП в Р. България или в чужда държава и не съм свързан с такова лице.

ДЕКЛАРАЦИЯ на основание чл. 142, ал. 1 от ДОПК

Долуподписаният/ата **……**, ЕГН**……** декларирам, че съм:

□ местно лице за данъчни цели само и единствено на Р. България;

□ данъчно задължено лице за друга държава (вкл. зелена карта за САЩ):

□ Държава**……** □ Данъчен номер**……**

Потвърждавам, че съм отговорил/а вярно на горепосочените въпроси:

Дата: Подпис:

Декларирам, че съм уведомен/а относно необходимостта от обработване на личните ми данни за целите на изпълнението на (пред)договорните задължения на ГРАВЕ България Животозастраховане ЕАД и/или спазването на приложимите регулаторни и нормативни изисквания. Бях информиран/-а за правата съгласно действащото в Р България законодателство в областта на защитата на личните данни, за видовете лични данни, обработвани от ГРАВЕ, както и за целите на обработване. Освен това бях информиран/-а, че прилаганата от ГРАВЕ Политика за конфиденциалност е достъпна на https://www.grawe.bg/lichni-danni/.

Дата: Подпис:

Прилагам следните документи (моля, отбележете с Х):

□ 1. Акт за смърт;
□ 2. Съобщение за смърт;
□ 3. Доклад, попълнен от личния лекар;
□ 4. Лична амбулаторна карта;
□ 5. Протокол за ПТП;
□ 6. Акт за трудова злополука;
□ 7. Протокол за аутопсия;
□ 8.Оригинална застрахователна полица;
□ 9. Удостоверение за банкова сметка;
□ 10. Копие от документ за самоличност на ползващото се лице;
□ 11. Други……

Всички документи от 1 до 8 е достатъчно да бъдат предоставени от едно от ползващите се лица!

Внимание! Необходимите документи се представят в оригинал или надлежно заверени от съответното болнично заведение или административен орган копия.
Оригиналните документи ще бъдат върнати незабавно след разглеждането им.