

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, ..... . .....

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

- към момента съм/ в последната една година съм бил/а видна политическа личност или свързано лице по смисъла на чл. 36, ал. 2-5 от ЗМИП в Р. България или в друга държава (**моля, попълнете отделен формуляр “Декларация по чл. 42, ал. 2, т. 2 от ЗМИП”**);
- към момента не съм/ в последната една година не съм бил/а видна политическа личност или свързано лице по смисъла на чл. 36, ал. 2-5 от ЗМИП в Р. България или в друга държава.

**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.....
- Адрес по местоживееене.....

**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 („ГРАВЕ“) и/или спазването на приложимите регулаторни и нормативни изисквания. Бях информиран/-а за правата си 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 X):**

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.**