

Вх. № Агенция гр. _____
_____ / _____

УВЕДОМЛЕНИЕ – МОЛБА ЗА НАСТЪПИЛО ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ

ОТ (име, презиме, фамилия) _____ ЕГН _____

В КАЧЕСТВОТО МУ НА:

_____ застрахован, ползващо се лице, законен представител, упълномощен представител, наследник

Адрес: гр.(с.), кв., ул., №, бл., вх., ет., ап.

телефон: _____

ПОСТРАДАЛО ЛИЦЕ (име, презиме, фамилия): _____

ЕГН _____

Адрес: гр.(с.), ул., №, бл., вх., ет., ап.: _____

тел.: _____

Настъпило събитие: заболяване злополука смърт Дата на събитието: _____

Декларация за съгласие за обработване на лични данни:

1. Декларирам, че в качеството ми на субект на лични данни (застраховано лице), давам съгласието си на ЗЕАД „ЦКБ Живот“ ЕАД, в качеството му на администратор на лични данни, да обработва за целите на животозастраховането лични данни за здравословното ми състояние. (Данни за здравословното състояние са лични данни, свързани с физическото или психическото здраве на физическо лице, включително предоставянето на здравни услуги, които дават информация за здравословното му състояние).

2. Декларирам, че съм запознат с Политиката за защита на личните данни и Уведомлението за поверително обработване на лични данни на ЗЕАД „ЦКБ Живот“ ЕАД, поместени на сайта на Застрахователя: www.ccb-life.bg.

3. Съзнавам, че мога да оттегля моето съгласие по всяко време в последващ момент, което няма да засегне законосъобразността на обработването, основано на даденото сега съгласие.

Дата: _____ Застраховано лице: _____

Обстоятелства, при които е настъпило събитието и описание на получените увреди:

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

МОЛЯ, ВЪВ ВРЪЗКА С НАСТЪПИЛОТО СЪБИТИЕ ДА БЪДЕ ИЗПЛАТЕНО ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ОБЕЗЩЕТИЕ НА:

1. _____ ЕГН: _____ в качеството му на: _____

по банкова сметка: _____

2. _____ ЕГН: _____ в качеството му на: _____

по банкова сметка: _____

3. _____ ЕГН: _____ в качеството му на: _____

по банкова сметка: _____

4. _____ ЕГН: _____ в качеството му на: _____

по банкова сметка: _____

ОПИС НА ПРЕДСТАВЕНИТЕ ДОКУМЕНТИ

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Застрахователна полица | <input type="checkbox"/> Амбулаторни листи.....бр. | <input type="checkbox"/> Смъртен акт |
| <input type="checkbox"/> Копие от квитанция за последна платена вноса | <input type="checkbox"/> Епикризи.....бр. | <input type="checkbox"/> Съобщение за смърт |
| <input type="checkbox"/> Служебна бележка/удостоверение от работодателя | <input type="checkbox"/> Копие ЛАК | <input type="checkbox"/> Удостоверение за наследници |
| <input type="checkbox"/> Акт/декларация за злополука | <input type="checkbox"/> Рентгенови снимкибр. | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Протокол за ПТП | <input type="checkbox"/> Рецепти за медикаменти | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Болнични листи.....бр. | <input type="checkbox"/> Фактури с касови бележки за направени медицински разходи | <input type="checkbox"/> _____ |

ПРЕДАЛ: _____

ИЗВЕСТНО МИ Е, ЧЕ ЗА НЕВЕРНИ ДАННИ НОСЯ НАКАЗАТЕЛНА ОТГОВОРНОСТ ПО ЧЛ. 313 ОТ НК.

ДАТА: _____

ПОДПИС: _____

Документите са проверени и приети от _____
име, фамилия и подпис на представителя на застрахователя

Попълва се от застрахователя:

СВЕДЕНИЕ ПО ПОЛИЦА №

ЗАСТРАХОВАЩ:

ЗАСТРАХОВАН: **ЕГН**

Начало на застраховката: Край на застраховката: Дата събитие:

Платени премии : брой Платено до: Пропуснати премии: брой

Застраховката е: редовна нередовна към датата на събитието

ЕКСПЕРТ: _____
име, фамилия

ПОДПИС: _____

ДАТА: _____

ДЕКЛАРАЦИЯ

за целите на автоматичния обмен на финансова информация
на основание чл. 142т, ал. 1 от Данъчно-осигурителния процесуален кодекс (ДОПК)

Раздел 1. Име на титуляра на сметката – физическо лице (по документ за самоличност) и други идентификационни данни

Име	Презиме	Фамилия
Дата на раждане		Място на раждане
	Държава	Населено място (гр./с.):
ЕГН	ЛНЧ	Друг идент. №

Раздел 2. Адрес по местоживее

Държава:						
Населено място (гр./с.):		Квартал:				
Улица:		№:	Ет.	Ап.	Пощенски код:	

Раздел 3. Гражданство

Гражданство:						
В случай, че притежавате повече от едно гражданство (вкл. зелена карта за САЩ), посочете всяка държава, на която сте гражданин.						
Друго гражданство:						

Раздел 4. Юрисдикция за данъчни цели и данъчен номер

Юрисдикция, на която сте местно лице за данъчни цели:						
Данъчен идентификационен номер, издаден от тази юрисдикция:						
Населено място (гр./с.):		Квартал:				
Улица:		№	Ет.	Ап.	Пощенски код	

Раздел 5. Други

5.1. Декларирам, че посочените от мен данни са верни, изчерпателни и предоставени доброволно.

5.2. Задължавам се при настъпване на промяна в декларираните обстоятелства да информирам незабавно и в писмена форма ЗЕАД „ЦКБ Живот“ ЕАД, както и да предоставя други данни и документи, ако това е необходимо.

5.3. Декларирам, че съм запознат и се съгласявам ЗЕАД „ЦКБ Живот“ ЕАД да обработва, съхранява, използва и да разкрива на трети лица предоставените от мен лични данни за изпълнение на законовите си задължения по реда на ДОПК.

5.4. Декларирам, че съм уведомен относно възможността информацията по чл. 142б, ал. 1 от ДОПК, съдържаща мои лични данни, наличност или стойност по сметката, както и реализираните по сметката доходи, да бъде обект на автоматичен обмен на финансова информация съгласно глава шестнадесета, раздел IIIа на ДОПК и да бъде предоставена на юрисдикцията/ите, на която/ито съм местно лице за данъчни цели, в изпълнение на международните ангажименти на Република България.

5.5. Известна ми е наказателната отговорност по чл. 313 от Наказателния кодекс за деклариране на неверни обстоятелства.

Дата:

Подпис на декларатора: