

До ЗД „БУЛ ИНС“ АД, гр _____

Щета № _____ / ____ / ____ / ____ г.

УВЕДОМЛЕНИЕ ЗА ЩЕТА ПО ЗАСТРАХОВКА „ГРАЖДАНСКА ОТГОВОРНОСТ“ НА МПС

ДАНИИ ЗА ПОСТРАДАЛОТО МПС:

Вид МПС: _____, рег №: _____, Рама № _____
Марка Автомобил: _____, Модел: _____, Година на производство: _____
Първоначална регистрация: _____, Вид купе: _____, Брой врати: _____
Вид боя: _____, Цвят: _____, Двигател кубатура: _____
Вид гориво: _____, Мощност _____ (kw)
Особености: _____
Собственик: _____
Телефон за връзка: _____, Адрес: _____

ДАНИИ ЗА ВИНОВНОТО МПС:

Вид МПС: _____, рег №: _____, Рама № _____
Марка Автомобил: _____, Модел: _____, Година на производство: _____
Първоначална регистрация: _____, Вид купе: _____, Брой врати: _____
Вид боя: _____, Цвят: _____, Двигател кубатура: _____
Вид гориво: _____, Мощност: _____ (kw), Особености: _____
Застрахован: _____ с полица № _____
Управляван от: _____, ЕГН _____
Телефон за връзка: _____, Адрес: _____

ДАНИИ ЗА ЗАСТРАХОВАТЕЛНОТО СЪБИТИЕ:

Дата: _____, Час: _____, Място: _____
Описание на събитието (*метеорологични и пътни условия, причини за настъпване на събитието и други*):

Описание на щетите по автомобила:

Документ, удостоверяващ събитието (*моля, зачертайте ненужното*):

Протокол за ПТП/ Констативен протокол / Двустранен констативен протокол №: _____

Свидетел: Име: _____, ЕГН: _____

Адрес: _____, Телефон: _____

Моля да бъде извършен оглед на автомобила за оценка на щетите и да ми бъде изплатено застрахователно обезщетение **ПО БАНКОВ ПЪТ**.

Декларирам, че **ИМА /НЯМА** пострадали лица /зачертайте ненужното/.

Декларирам, че **ИМАМ /НЯМАМ** застраховка „Автокасco“ в застрахователна компания _____
със срок от _____ до _____ /зачертайте ненужното/.

За всяко получено от трето лице обезщетение по настоящия случай ще уведомя ЗД „Бул Инс“ АД.

Известно ми е, че за неверни данни носят наказателна отговорност съгласно Наказателния Кодекс на Република България. Уведомен съм, че съгласно чл. 496, ал. 1 от Кодекса за Застраховането, обезщетението по щетата следва да ми бъде изплатено в 3-месечен срок от завеждането на претенцията, като за да получа последното, ще представя своевременно актуална банкова сметка. В случай на недоказаност на застрахователно събитие и/или вредите, застрахователят ще откаже плащане. Декларирам, че при поискване ще получа/съм получил копие от настоящия документ.

Декларация за защита на личните Ви данни

Заявявам, че съм информиран, че вписаните в настоящото Уведомление данни, които са лични по смисъла на чл. 4, т. 1 от Регламент 2016/679, на основание чл. 9, т. 2 е) от Регламент 2016/679 и съгласно Политика за защита на лични данни, която е достъпна на www.bulins.com, се обработват от ЗД „Бул Инс“ АД и могат да бъдат предоставяни на трети лица, включително, но не изчерпателно: пред съдилища; пред органите на МВР; пред органите на прокуратурата; пред застрахователни компании; пред медицински заведения; пред пощенски оператори с цел уведомяването ми при необходимост, в съответствие с изискванията на Регламента. Давам изрично съгласие по чл. 9, ал. 2 а) във връзка с данните по чл. 9 ал. 1 (лични данни, които се отнасят до здравето ми) от Регламента.

дата: ____ / ____ / ____ г.

град: _____

Подал уведомлението:

/имена и подпис/ _____