До ЗД „БУЛ ИНС" АД , гр _____ **Щета №** _____/____/____/_____ **г.**

УВЕДОМЛЕНИЕ

за щета по застраховка „Каско на МПС"

Собственост на: _____
адрес:_____Притежавам ППС вид __ _____
марка _____ модел _____ рег.№ _____ телефон за връзка_____

Рама№ | | | | | | | | | | | | | | | | | двигател№ | | | | | | | | | | | | | | | | |

Ползвател: _____адрес:_____ _____
Застраховано в ЗД"БУЛ ИНС"АД със застрахователна полица № _____телефон за връзка_____

Валидна **от** ___ / ___ / _____ г. **до** ____ / ____ / _____ г. за застрахователна сума _____лв., код_____ _____

Застрахователното събитие настъпи на ___ / ___ / _____ г. в _____ часа при следните обстоятелства:
Място на събитието:
Описание на събитието:

Моля, отбележете с „Х":

След произшествието ППС | **Е** | **НЕ Е** | в движение. Брой лица ППС:____ . | **ИМА** | **НЯМА** | пострадали лица.

| **НЕ СЪМ НАПУСКАЛ** | **НАПУСНАХ / СЪМ НАПУСНАЛ** | произшествието, защото

_____

В момента на събитието ППС е | **УПРАВЛЯВАНО** | **ПАРКИРАНО** | от _____ _____
_____ адрес: _____
_____със свидетелство за управление № _____, категория _____, издадено на
___/___/_____г. от _____, телефон за връзка: _____

Описание на щетите по автомобила:

_____
_____
_____

Пострадали лица: (имена и в кое болнично заведение са извозени)

За настъпилото събитие съм уведомил (*Моля, отбележете с „Х*): | **КАТ** | **РПУ** | **МОБИЛНА ГРУПА №**

на / / г., в часа от тел: от /място/

ПРИЛАГАМ:	Протокол КАТ	Двустранен протокол	№ от / / г.
ДРУГИ:			

ПРОВЕРКА ЗА АЛКОХОЛ | **НЕ** | **ДА** ДРЕГЕР/ТАЛОН КРЪВНА ПРОБА № дата / / г., ч.

Не съм уведомил оторизиран орган защото: _____ _____
_____

Избирам следния начин на обезщетяване (*Моля, отбележете с „Х*):

Експертна оценка	**Доверен сервиз**	**По представени фактури**	**Официален сервиз**

Известно ми е, че за неверни данни нося наказателна отговорност съгласно Наказателния Кодекс на Република България. Уведомен съм, че на основание на чл.108, ал.1, т.2 от КЗ при непредоставяне на изрично изисканите документи, застрахователят ще се произнесе по претенцията в 6 (шест) месечен срок от датата на предявяването, като 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.
гр. _____

Подал уведомлението/име/:
подпис: _____