Живот БУЛСТРАД VIENNA INSURANCE GROUP

З А Я В Л Е Н И Е

за изплащане на застрахователна сума или част от нея

I. ЗАСТРАХОВАН / ПОЛЗВАЩО СЕ ЛИЦЕ / НАСЛЕДНИК

име, презиме, фамилия _____

ЕГН: _____ ЛИЧНА КАРТА No _____ Издадена от МВР- _____ на _____ г.

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

_____ Телефон: _____ E-mail: _____

В качеството си на: ☐ Застрахован ☐ Ползващо лице ☐ Законен наследник ☐ Законен представител имащ право на застрахователна сума или част от нея по застраховка (номер на полица) : _____

II. ОБСТОЯТЕЛСТВА И ПРИЧИНИ ЗА НАСТЪПВАНЕ НА ЗЛОПОЛУКАТА / ЗАБОЛЯВАНЕТО

Дата на събитието: _____ г. Място: _____

ПОДРОБНО ОПИСАНИЕ НА СЪБИТИЕТО _____

ОПИСАНИЕ НА ПОЛУЧЕНИТЕ УВРЕДИ / ДИАГНОЗА: _____

КОГА И КАКВО ЛЕЧЕНИЕ Е ПРОВЕДЕНО: _____

Имали ли сте предишни злополуки / заболявания? Какви? _____

Имате ли определен процент трайна намалена работоспособност?	☐ ДА _____ %	☐ НЕ
МЕДИЦИНСКИ РАЗНОСКИ по случая, удостоверени с разходни документи в оригинал	☐ ДА В размер на: _____ лв./EUR/ USD/……/	☐ НЕ

III. ОПИС НА ПРЕДСТАВЕНИТЕ ДОКУМЕНТИ

☐ Застрахователна полица – оригинал/копие	☐ Служебна бележка от работодател	☐ Съобщение за смърт
☐ Лична карта/Паспорт – копие	☐ Декларация за трудова злополука	☐ Препис-извлечение от Акт за смърт
☐ Болнични листове ___ бр.	☐ Разпореждане на НОИ	☐ Удостоверение за наследници
☐ Епикризи ___ бр.	☐ Протокол за разследване на трудова злополука	☐ Удостоверение за банкова сметка
☐ Амбулаторни листове ___ бр.	☐ Протокол за настъпило ПТП	☐ _____
☐ Рецепти за медикаменти ___ бр.	☐ Решение на ТЕЛК	☐ _____
☐ Фактури с касови бонове ___ бр.	☐ Личен Амбулаторен Картон (ЛАК) – оригинал / копие	☐

Уведомен съм, че трябва да представя следните допълнително изискани от застрахователя документи:

_____

_____

IV. МОЛЯ, СУМИТЕ ДА МИ БЪДАТ ПЛАТЕНИ

По банкова сметка No IBAN: __

**Давам съгласие личния ми лекар, болничното заведение и работодател да представят пълна информация относно здравословното ми състояние.*

**ИЗВЕСТНО МИ Е, ЧЕ ЗА НЕВЕРНИ ДАННИ НОСЯ НАКАЗАТЕЛНА ОТГОВОРНОСТ ПО ЧЛ.33 ОТ НК*

Към молбата се присъединяват и:

_____ **ПОДПИС** _____

_____ **ПОДПИС** _____

ДАТА: _____ **г.** **ПОДПИС** _____