

ДЕКЛАРАЦИЯ

по чл. 15, ал. 4 от Правилата за дейността на ЗЕАД „БУЛСТРАД ЖИВОТ ВИЕНА ИНШУРЪНС ГРУП“ ЕАД по уреждане на претенции по застрахователни договори

Долуподписаният/ата, ЕГН, притежаваш/а л. к. №, изд. на г. от МВР, живущ/а в гр., ул./ ж. к. №, бл., ет., ап., идентификационен номер №, застраховано лице по застрахователна полица №

ДЕКЛАРИРАМ

Приложените към настоящата декларация допълнителни документи, свързани със застрахователно плащане по застраховка „Здравна грижа“ са представени лично от мен, в качеството ми на заявител по застрахователна претенция с вх. №

Документите са издадени от надлежни органи, представям ги във вида, в който са издадени, като декларирам истинността на отразените в тях обстоятелства.

Не съм застраховано лице по медицинска застраховка, сключена с друг застраховател, различен от ЗЕАД „БУЛСТРАД ЖИВОТ ВИЕНА ИНШУРЪНС ГРУП“ ЕАД. Разходите, за които прилагам сканирани копия на платежни документи, ще бъдат претендирани за възстановяване от моя страна само пред ЗЕАД „БУЛСТРАД ЖИВОТ ВИЕНА ИНШУРЪНС ГРУП“ ЕАД.

Декларирам, че разполагам с оригиналите на изпратените документи и ги съхранявам, като оставам в готовност във всеки един момент да ги предоставя на Застрахователя на хартиен носител, при поискване от негова страна.

Прилагам:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.

Известна ми е наказателната отговорност по чл. 313 от НК за деклариране на неверни данни.

Дата:

ДЕКЛАРАТОР:

(подпис и собственоръчно изписване на трите имена)