

ЗАЯВЛЕНИЕ

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: <input type="checkbox"/> Застрахован <input type="checkbox"/> Ползващо лице <input type="checkbox"/> Законен наследник <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> ДА _____ % <input type="checkbox"/> НЕ
МЕДИЦИНСКИ РАЗНОСКИ по случая, удостоверени с разходни документи в оригинал <input type="checkbox"/> ДА В размер на: _____ лв./EUR/ USD/...../ <input type="checkbox"/> НЕ

III. ОПИС НА ПРЕДСТАВЕНИТЕ ДОКУМЕНТИ

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

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 _____