

УВЕДОМЛЕНИЕ ЗА НАСТЪПИЛО ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ

ПОПЪЛВАТ СЕ ДАННИ ЗА ЗАСТРАХОВАНИЯ (ПОСТРАДАЛОТО ЛИЦЕ):

Моля, отговорете подробно и точно. Вие носите отговорност за верността на написаното. Формулярът следва да бъде попълнен лично от застрахования, с изключение на случаите, когато същият е: физически възпрепятстван – попълва се от упълномощено лице, дете – попълва се от родителя; застрахованият е починал – попълва се от ползващите лица.

ПОСТРАДАЛО ЛИЦЕ (име, презиме, фамилия): _____ ЕГН _____

Адрес: гр.(с.), ул., №, бл., вх., ет., ап.: _____ тел.: _____ e-mail: _____

Лична карта № _____ издадена на: _____ от: _____

Месторабота: _____ длъжност: _____

ОБСТОЯТЕЛСТВА И ПРИЧИНИ ЗА НАСТЪПВАНЕ НА ЗЛОПОЛУКАТА (ЗАБОЛЯВАНЕТО):

Дата: _____ Час: _____ Място: _____

Подробно описание
на събитието:

Описание на
получените увреди:

Кога и от кого е
оказана първа
помощ?

Кога и какво лечение
е проведено? Данни
на лекуващия лекар.

Имали ли сте
предишни злополуки/
заболявания? Какви?

Имате ли определен процент трайно намалена работоспособност?
В какъв размер?

МЕДИЦИНСКИ РАЗНОСКИ по случая, удостоверени с разходни документи: ДА НЕ в размер на лв.

ИЗВЕСТНО МИ Е, ЧЕ ЗА НЕВЕРНИ ДАННИ НОСЯ НАКАЗАТЕЛНА ОТГОВОРНОСТ ПО ЧЛ. 313 ОТ НК.

ДАТА:

ПОДПИС:

**ЗАЯВЛЕНИЕ
ЗА ИЗПЛАЩАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ОБЕЗЩЕТЕНИЕ**

От (име, презиме, фамилия):

ЕГН

ЗАСТРАХОВАН (пострадал)

ЗАКОНЕН ПРЕДСТАВИТЕЛ (наследник)

УПЪЛНОМОЩЕН ПРЕДСТАВИТЕЛ

АДРЕСЪТ И ЛИЧНИТЕ ДАННИ СЕ ПОПЪЛВАТ САМО, АКО ЗАЯВЛЕНИЕТО СЕ ПОДАВА ОТ УПЪЛНОМОЩЕНО ЛИЦЕ ИЛИ НАСЛЕДНИК:

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

тел.:

e-mail:

Лична карта №

издадена на:

от:

ВЪВ ВРЪЗКА С ОПИСАНОТО ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ, СЛЕДВА ДА СЕ ИЗПЛАТИ НА

1.

в качеството на:

ЗАСТРАХОВАН /пострадал

ЗАКОНЕН ПРЕДСТАВИТЕЛ (наследник)

УПЪЛНОМОЩЕН ПРЕДСТАВИТЕЛ

полагащото се застрахователно обезщетение:

в брой

в ЗАД "Армеец" гр.

по банкова сметка:

2.

в качеството на:

ЗАСТРАХОВАН /пострадал

ЗАКОНЕН ПРЕДСТАВИТЕЛ (наследник)

УПЪЛНОМОЩЕН ПРЕДСТАВИТЕЛ

полагащото се застрахователно обезщетение:

в брой

в ЗАД "Армеец" гр.

по банкова сметка:

ДАТА:

ПОДПИС:

ПОПЪЛВА СЕ СЛУЖЕБНО:

ОПИС НА ПРЕДСТАВЕНИТЕ ДОКУМЕНТИ

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Застрахователна полица | <input type="checkbox"/> Амбулаторни листове | <input type="checkbox"/> Сведение за временна нетрудоспособност |
| <input type="checkbox"/> Служебна бележка от работодателя | <input type="checkbox"/> Епикризи <input type="text"/> бр. | <input type="checkbox"/> Болнични листове <input type="text"/> бр. |
| <input type="checkbox"/> Акт за злополука / удостоверение за настъпила злополука (за военнослужещи) | <input type="checkbox"/> Копие от здравна или амбулаторна книжка | <input type="checkbox"/> Фактури с касови бележки за направени медицински разноси |
| <input type="checkbox"/> Декларация за трудова злополука | <input type="checkbox"/> Рентгенови снимки <input type="text"/> бр. | |
| <input type="checkbox"/> Разпореждане на НОИ | <input type="checkbox"/> Становище на лекуващия лекар | |
| <input type="checkbox"/> Протокол за настъпило ПТП | <input type="checkbox"/> Рецепти за медикаменти | |

УВЕДОМЕН СЪМ, ЧЕ ТРЯБВА ДА ПРЕДСТАВЯ СЛЕДНИТЕ ДОПЪЛНИТЕЛНО ИЗИСКАНИ ОТ ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ ДОКУМЕНТИ:

1.

2.

3.

4.

5.

ДАТА:

ПОДПИС:

Полица №

Вид застраховка:

Агенция:

Валидност: от

до

Застрахователна сума:

Застрахован:

Застраховач: