

ЗАЯВЛЕНИЕ ЗА ИЗПЛАЩАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ОБЕЗЩЕТЕНИЕ

ПО ЗАСТРАХОВКИ „Злополука и Заболяване“, „Помощ при пътуване в България“, „Помощ при пътуване в чужбина“, „Медицинска застраховка за чужденци в България“

ПОПЪЛВАТ СЕ ДАННИ ЗА ЗАСТРАХОВАНИЯ (ПОСТРАДАЛОТО ЛИЦЕ):

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

ЕГН/ЛНЧ

Адрес на Застрахования

E-MAIL

Телефон

ОБСТОЯТЕЛСТВА И ПРИЧИНИ ЗА НАСТЪПВАНЕ НА СЪБИТИЕТО:

Дата

Час

Място:

Данни за събитието и получените увреди.

Описание на оказаната медицинска помощ, проведено лечение и манипулации. Начало и край на лечението.

Предишни злополуки/заболявания. Кога и какво лечение е проведено.

Имате ли определен процент ТНР, в какъв размер?

МЕДИЦИНСКИ РАЗНОСКИ по случая, удостоверени с разходни документи:

Да

Не

В размер на:

Дата:20.....г.

.....

/ подпис, име, фамилия /

ЗАЯВЛЕНИЕТО СЕ ПОДАВА ОТ

ИМЕ, ПРЕЗИМЕ, ФАМИЛИЯ

ЕГН/ЛНЧ

ЗАСТРАХОВАН (пострадал)

ЗАКОНЕН ПРЕДСТАВИТЕЛ (наследник)

УПЪЛНОМОЩЕН ПРЕДСТАВИТЕЛ

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

Адрес

E-MAIL

Телефон

Полагащото се застрахователно обезщетение да бъде изплатено на:

1. ИМЕ, ПРЕЗИМЕ, ФАМИЛИЯ

ЕГН/ЛНЧ

По банкова сметка

В качеството му на:

2. ИМЕ, ПРЕЗИМЕ, ФАМИЛИЯ

ЕГН/ЛНЧ

По банкова сметка

В качеството му на:

ОПИС НА ПРЕДСТАВЕНИТЕ ДОКУМЕНТИ

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Застрахователна полица | <input type="checkbox"/> Амбулаторни листовебр. | <input type="checkbox"/> Болнични листове.....бр. |
| <input type="checkbox"/> Службена бележка от работодателя, спортен клуб, превозвач, туристическа агенция, др. компетентни органи | <input type="checkbox"/> Епикризибр. | <input type="checkbox"/> Удостоверение за раждане |
| <input type="checkbox"/> Протокол за настъпило ПТП | <input type="checkbox"/> Копие от здравна или амбулаторна книжка | <input type="checkbox"/> Фактури с касови бележки за направени медицински разноси в копие/оригинал |
| <input type="checkbox"/> Декларация за трудова злополука | <input type="checkbox"/> Разпореждане на НОИ | <input type="checkbox"/> Акт/Удостоверение за настъпила злополука. Протокол за разследване на трудова злополука |
| <input type="checkbox"/> Удостоверение за наследници/родствени връзки | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

Информиран/а съм, че предоставените от мен лични данни се обработват от ЗАД „Армеец“ в качеството му на администратор на лични данни, съгласно Регламент (ЕС) 2016 / 679 и действащото българско законодателство. Запознах се с Информацията за защита на личните данни по чл. 13 от ОРЗД на застрахователя, налична в офисите на дружеството и публикувана на: www.armees.bg.

Дата:20.....г.

..... / подпис, име, фамилия /

Данните са сверени от служител на ЗАД „Армеец“:..... Дата:20.....г.

..... / подпис, име, фамилия /