

УВЕДОМЛЕНИЕ

за щета по полица №...../.....

От ЕГН

(име, презиме и фамилия)

Адрес: п.к. гр./с., обл., ул./ж.к. №.....

бл. вх. ап., л.к. №...../..... издадена от.....

тел. E-mail.....

В качеството си на: ☐ застраховано лице ☐ законен представител ☐ ползващо лице, заявявам, че желая да ми бъде изплатена ☐ застрахователна сума; ☐ застрахователно обезщетение

Вид събитие: ☐ трайна неработоспособност; ☐ временна неработоспособност; ☐ мед. разноски
☐ дневни пари за болничен престой; ☐ спасителни разноски в следствие на злополука ☐ смърт;

Вид събитие: -разходи за ☐ диоптрични стъкла/лещи; ☐ лекарствени средства; ☐ мед. прегледи и/или изследвания ☐ смърт
☐ хоспитализация; ☐ хирургично лечение; ☐ физиотерапия; ☐ друго.....

Причина за събитието: ☐ заболяване ☐ злополука

Застрахователят е уведомен за първи път на дата....., чрез ☐ имейл, ☐ телефон, ☐ факс, ☐ друго.....

Дата на събитието: Обстоятелства, при които е настъпило застрахователното събитие.....

ПРИЛАГАМ СЛЕДНИТЕ ДОКУМЕНТИ:

☐ Застрахователна полица №.....

☐ Удостоверение за наследници

(когато не са посочени ползващи лица)

☐ Документ, удостоверяващ настъпването на злополуката

☐ Разпореждане от НОИ за призната трудова злополука

☐ Протокол за ПТП или друг документ от МВР

удостоверяващ събитието (при ПТП)

☐ Протокол за химическа експертиза на кръвта

☐ Болнични листа №№.....

☐ Епикриза/и №№.....

☐ Амбулаторен лист/медицински талон направление, ЛАК-.....бр.

☐ Служебна бележка/при групови договори/

☐ Заключение на МВР, прокуратурата, следствието или съда

☐ Направление за изследване

☐ Медицинско направление/искане за:

☐ Съдебно-медицинска експертиза

☐ Други документи издадени за конкретния случай

☐ Служебна бележка/при групови договори/

☐ Декларация на свидетел за настъпила злополука, когато липсва друг документ за удостоверяването й -.....

☐ Препис-извлечение от Акт за смърт №.....

☐ Копие от съобщение за смърт №.....

☐ Решение на ТЕЛК/НЕЛК/ЗМК №№.....

☐ Рецепта/рецептурна книжка № за медикаменти.....

☐ Аутопсионен протокол №.....

☐ Рентгенови снимки -бр

☐ Личен амбулаторен картон №.....

☐ Фактури с фискални бонове №№.....

☐ Фактури с фискални бонове №№.....

☐ Формуляр за искане за предварително одобрение

☐ Рецепта за стъкла за очила.....

☐ Резултат от проведено изследване

☐ Документ доказващ номера и титуляра на банк. сметка

☐ Копие от рецептурна книжка на НЗОК

☐ Копие от рецепта на НЗОК

Упълномощавам лекуващия ми лекар, болнични заведения или работодател да представят пълна информация относно здравословното ми състояние на Застрахователя.

Декларирам истинността и изчерпателността на посочените по-горе данни.

Желая сумата да ми бъде изплатена с банков превод по сметка при банка

IBAN: B G.....; BIC.....

Титуляр:.....

Дата:..... г.

Подпис:

Във връзка с разпоредбите на Закона за защита на личните данни, давам съгласието си за обработване на личните ми данни, до които Застрахователят е получил достъп при сключването и изпълнението на застрахователния договор и тези в настоящето уведомление за целите на пълното и точното изпълнение на този договор, както и за други законни цели.

ДЕКЛАРАЦИЯ

Долуподписаният, в качеството ми на застраховано лице, заявявам че желая да бъда уведомяван чрез:

☐ Електронна поща; ☐ Електронно досие; ☐ Писмо с обратна разписка

Дата:..... г.

Подпис:

/име, фамилия, подпис/

Документите са приети наг. от

/име, фамилия, подпис/