

6**ЗАД "БУЛСТРАД ВИЕНА ИНШУРЪНС ГРУП"****БУЛСТРАД**
VIENNA INSURANCE GROUP

заявление за изплащане на застрахователно обезщетение по застраховка "Помощ при пътуване в чужбина" и "Медицински разноски"

А. Данни за Заявителя / Пълномощник		Б. Данни за Застрахования	
Име физическо лице <input type="checkbox"/> / упълномощено лице <input type="checkbox"/>		Име на Застрахования:	
ЕГН:		ЕГН / Булстат:	Град:
Пълномощно № /		Адрес:	
Адрес:		Е-Mail:	Телефон:
Град:	Л.к. №:	Застрахователна полица №:	
Е-Mail:	Телефон:	Покрития / Клаузи:	
В. Данни за Пострадалия / Увредения			
Име:		ЕГН:	
Лечебно заведение, където е оказана първа помощ:			На дата:
Адрес:		Име, адрес, тел. на GP:	
Град:			
Кратко описание на нараняванията:			
Кратко описание на заболяването:		Име и адрес на работодателя:	
Претендирали ли сте пред друга застрахователна компания за компенсация на Вашите щети?			ДА <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/>
Ако отговора е ДА, моля дайте точна информация.			
Естество на претърпените загуби:		имуществени <input type="checkbox"/>	неимуществени <input type="checkbox"/>
		Заболяване <input type="checkbox"/>	Злополука <input type="checkbox"/>
Болничен престой:	от	до	Здравно осиг. №
Болница:		Домашен стационар:	
Г. Извършени медицински разноски в чужбина :			
Описание на извършените разходи за лечение и възстановяване:			
Д. Извършени медицински разноски в чужбина при смърт:			
Описание на извършените разходи :			
Е. Дата, място и обстоятелства / причини за събитието :			
Ж. Свидетели на събитието / при злополука			
Име		Име	
Адрес:		Адрес:	
Град:	Телефон:	Град:	Телефон:

З. При смърт, вследствие на заболяване / злополука

Име	Име		
Адрес:	Адрес:		
Град:	Телефон:	Град:	Телефон:
Име	Име		
Адрес:	Адрес:		
Град:	Телефон:	Град:	Телефон:

И. Декларация на Заявителя / Застрахования

Аз/Ние декларирам/е, че отговорите и информацията дадена от мен/нас по-горе е вярна и пълна и давам/е съгласието си ЗАД "Булстрад Виена Иншурънс Груп" да я използва във връзка с процедурите и администрирането на претенцията ми/ни за застрахователно обезщетение. Известна ми/ни е отговорността за неверни данни по чл.313 от Наказателния кодекс.

Подпис:	Дата:	Подпис:	Дата:
Пострадало лице		Упълномощено лице	

К. Необходими документи за завеждане на претенцията :

Представените документи се маркират с X, а изисканите документи се заграждат с O

1. <input type="checkbox"/> Оригинални фактури за разходите	5. <input type="checkbox"/> Смъртен акт (при смърт)
2. <input type="checkbox"/> Медицински документ - спецификация на разходите	6. <input type="checkbox"/> Протокол за ПТП
3. <input type="checkbox"/> Епикриза	7. <input type="checkbox"/> Други документи
4. <input type="checkbox"/> Аутопсионен протокол (при смърт)	

Л. Обезщетяване

Желая да получа застрахователно обезщетение по:

IBAN	BIC	при	КЛОН
------------	-----------	-----------	------------

Град:	Дата:	За увреденото лице: /Име фамилия и подпис на лицето, което ги представлява/
--------------	--------------	----------------------------	--

Последно представени документи на дата	от /Име фамилия и подпис на лицето, което ги представя/
--	----------	--