

4

## ЗАД "БУЛСТРАД ВИЕНА ИНШУРЪНС ГРУП"

**БУЛСТРАД**  
 VIENNA INSURANCE GROUP

заявление за изплащане на застрахователно обезщетение по застраховка "Злополука на лицата в МПС" и застраховка "Злополука на пътниците в средствата за обществен транспорт"

А. Данни за Увреденото лице				Б. Данни за Упълномощеното лице			
Име				Име			
				упълномощен (пълн. № ...../.....) <input type="checkbox"/> / роднина <input type="checkbox"/>			
ЕГН		Пълномощно № ...../.....		ЕГН:			
Адрес:				Адрес:			
Град:		л. к. №		Град:		л.к. №:	
E-Mail:		Телефон:		E-Mail:		Телефон:	
В. Данни за застрахованото в ЗАД "Булстрад Виена Иншурънс Груп" МПС							
Марка:				Застрахователна полица:			
Модел:				Валидност:			
Регистрационен номер (ДКН№):				Получили ли сте и предстои ли да получавате обезщетение за същото ПТП от друго лице или застраховател?			ДА <input type="checkbox"/>
Шаси: <input type="text"/>							НЕ <input type="checkbox"/>
Адрес:				Ако отговора е да, моля дайте точна информация:			
		Телефон:		Лице:			
Г. Застраховка "Злополука на лицата в МПС" <input type="checkbox"/> <b>Лимит на отговорност:..... лв.</b>							
Д. Застраховка "Злополука на пътниците в средствата за обществен транспорт" <input type="checkbox"/>							
Е. Данни за пострадалото лице							
Имена на увреденото лице:							
Лечебно заведение, където е оказана първа помощ:				На дата:			
Адрес:				Име, адрес, тел. на личен лекар:			
Град:							
Кратко описание на нараняванията:							
				Име и адрес на работодателя:			
Претендирали ли сте пред друга организация 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:						Пътник в МПС <input type="checkbox"/>	
Период на отсъствие по болест:		от	до	Здравно осиг. №			
Държавен контролен номер на МПС, в което сте били по време на инцидента							
трайна загуба на трудоспособност: .....% Решение на ТЕЛК №				/ от дата:			
<input type="checkbox"/> Ще се явя лично за освидетелстване от ЗЕК при ЗАД "Булстрад Виена Иншурънс Груп"							
<input type="checkbox"/> Желая случая да бъде разгледан по документи							
<input type="checkbox"/> Моля, в качеството на законни наследници, да ни бъде изплатено застрахователно обезщетение за смърт вследствие на злополука							
Ж. Наследници на починалия, вследствие на претърпяната злополука:							
Име				Име			
Адрес:				Адрес:			
Град:		Телефон:		Град:		Телефон:	
Име				Име			
Адрес:				Адрес:			
Град:		Телефон:		Град:		Телефон:	

### 3. Други лица с телесни наранявания от злополуката

1. Имена на увреденото лице:
2. Имена на увреденото лице:
3. Имена на увреденото лице:

### И. Данни за събитието

Място:	Улица:		Дата на ПТП:	
	Град:		Протокол за ПТП №	

### К. Описание на събитието


### Л. Свидетели на събитието

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

### М. Декларация на Увреденото / Упълномощеното лице

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:
Увредено лице		Упълномощено лице	

### Н. Необходими документи за завеждане на претенцията и образуване на щета, разглеждана от Застрахователна експертна комисия при ЗАД "Булстрад Виена Иншурънс Груп" на основание чл. 226 и чл. 273 ал. 1 от Кодекса за застраховане на основание чл. 226 и чл. 273 ал. 1

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

1. <input type="checkbox"/> Протокол за ПТП	11. <input type="checkbox"/> Епикриза
2. <input type="checkbox"/> Констативен протокол	12. <input type="checkbox"/> Съдебно - медицинско удостоверение
3. <input type="checkbox"/> Застрахователна полица	13. <input type="checkbox"/> Рентгенови снимки - ..... бр.
4. <input type="checkbox"/> Акт за злополука	14. <input type="checkbox"/> Медицинско удостоверение /преглед/
5. <input type="checkbox"/> Билет или карта за редовен пътник	15. <input type="checkbox"/> Болнични листа - копие - ..... бр.
6. <input type="checkbox"/> Свидетелски показания	16. <input type="checkbox"/> Решение на ТЕЛК
7. <input type="checkbox"/> Резултати от кръвни проби	17. <input type="checkbox"/> Амбулаторен лист от личен лекар или лекар-специалист
8. <input type="checkbox"/> Пълномощно	18. <input type="checkbox"/> Аутопсионен протокол (при смърт)
9. <input type="checkbox"/> Акт за смърт (при смърт)	19. <input type="checkbox"/> Други медицински документи
10. <input type="checkbox"/> Удостоверение за наследници (при смърт)	20. <input type="checkbox"/> Други документи

### О. 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/
---	--