

заявление за изплащане на застрахователно обезщетение по застраховка "Злополука и заболяване"

А. Данни за Заявителя / Пълномощника		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:			
		Име и адрес на работодателя:	
Кратко описание на заболяването:			
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"/>
Водач на МПС <input type="checkbox"/>		Пътник в МПС <input type="checkbox"/>	
Заболяване <input type="checkbox"/>		Трудова злополука <input type="checkbox"/>	Нетрудова злополука <input type="checkbox"/>
Временна загуба на работоспособност:		Трайна загуба на работоспособност:	
Период на отсъствие по болест:	от	до	Здравно осиг. №
Болничен престой:		Домашен стационар:	
Г. Имуществени разходи			
Описание на извършените разходи за лечение и възстановяване:			
Д. Дата, място и обстоятелства / причини за събитието :			
Е. Свидетели на събитието / при злополука			
Име		Име	
Адрес:		Адрес:	
Град:	Телефон:	Град:	Телефон:

## Ж. При смърт, вследствие на заболяване / злополука

Наследници: име, ЕГН, адрес, телефони за контакти:

## З. 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:	
	Застрахован:				Застрахован персонално:		

## И. Необходими документи за завеждане на претенцията :

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

- |   |  |
|---|--|
| 1. <input type="checkbox"/> Епикриза  | 12. <input type="checkbox"/> Протокол за трудова злополука           |
| 2. <input type="checkbox"/> Болнични листа: ..... Брой                            | 13. <input type="checkbox"/> Декларация за трудова злополука         |
| 3. <input type="checkbox"/> Рентгенови снимки-.....бр.                            | 14. <input type="checkbox"/> Сведение за настъпилата злополука       |
| 4. <input type="checkbox"/> Амбулаторен лист от лекуващ лекар                     | 15. <input type="checkbox"/> Разпореждане от НОИ                     |
| 5. <input type="checkbox"/> Лична амбулаторна карта - копие                       | 16. <input type="checkbox"/> Заключително постановление              |
| 6. <input type="checkbox"/> Решение на ТЕЛК                                       | 17. <input type="checkbox"/> Смъртен акт                             |
| 7. <input type="checkbox"/> Други медицински документи                            | 18. <input type="checkbox"/> Удостоверение за наследници             |
| 8. <input type="checkbox"/> Сведение за оказана първа медицинска помощ            | 19. <input type="checkbox"/> Аутопсионен протокол                    |
| 9. <input type="checkbox"/> Констативен протокол/протокол за ПТП                  | 20. <input type="checkbox"/> Други документи                         |
| 10. <input type="checkbox"/> Резултат от взета кръвна проба за наличие на алкохол | 21. <input type="checkbox"/> Фактури в оригинал за извършени разходи |
| 11. <input type="checkbox"/> Службена бележка / сведение                          |  |

## К. Обезщетяване

**Желая да получа застрахователно обезщетение по:**

IBAN .....	VIC .....	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/