

2

ЗАД "БУЛСТРАД ВИЕНА ИНШУРЪНС ГРУП"

БУЛСТРАД
 VIENNA INSURANCE GROUP

заявление за изплащане на застрахователно обезщетение по застраховка "Гражданска отговорност" при телесни наранявания в резултат на ПТП

А. Данни за увреденото лице		Б. Данни за упълномощеното лице	
Име		Име	
		упълномощен (пълн. №/.....) <input type="checkbox"/> / роднина <input type="checkbox"/> / други <input type="checkbox"/>	
ЕГН	Пълномощно №/.....	ЕГН :	
Адрес:		Адрес:	
Град:	л. к. №	Град:	л.к. №:
Е-Mail:	Телефон:	Е-Mail:	Телефон:

В. Данни за застрахованото МПС в ЗАД "Булстрад Виена Иншурънс Груп" по застраховка "Гражданска отговорност"

Марка:	Застрахователна полица:
Модел:	Валидност:
Регистрационен номер (ДК№):	Шаси:

Г. Данни за увреденото 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:	имуществени	неимуществени	Водач на МПС <input type="checkbox"/> Пътник в МПС <input type="checkbox"/>
Период на отсъствие по болест:	от	до	Здравно осиг. №
Регистрационен номер (ДК№) на МПС, в което сте били по време на инцидента			

трайна загуба на трудоспособност:% Решение на ТЕЛК №

/ от дата:

Д. Други лица с телесни наранявания от ПТП

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

Е. Данни за събитието

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

Ж. Описание на събитието

З. Свидетели на събитието

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

И. 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	

К. 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

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

1. <input type="checkbox"/> Протокол за ПТП	10. <input type="checkbox"/> Скица и огледен протокол
2. <input type="checkbox"/> Констативен протокол	11. <input type="checkbox"/> Епикриза
3. <input type="checkbox"/> Застрахователна полица	12. <input type="checkbox"/> Съдебно - медицинско удостоверение
4. <input type="checkbox"/> Заключително постановление по сл. дело	13. <input type="checkbox"/> Рентгенови снимки - бр.
5. <input type="checkbox"/> Обвинителен акт	14. <input type="checkbox"/> Медицинско удостоверение /преглед/
6. <input type="checkbox"/> Изпълнителен лист в оригинал	15. <input type="checkbox"/> Болнични листа - копие - бр.
7. <input type="checkbox"/> Съдебно решение и мотивите към него	16. <input type="checkbox"/> Решение на ТЕЛК
8. <input type="checkbox"/> Пълномощно	17. <input type="checkbox"/> Други медицински документи
9. <input type="checkbox"/> Автотехническа експертиза	18. <input type="checkbox"/> Други документи

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 представява/
-------	-------	---------------------	--

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