



Входящ № _____ / _____ г.

ИСКАНЕ ЗА ПЛАЩАНЕ

ПО ПОЛИЦА № _____

ОРИГИНАЛ ЗА ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ – ЦЕНТРАЛНО УПРАВЛЕНИЕ

От /име, презиме и фамилия на застрахованото/ползващото лице/

ЕГН/ЛНЧ/ЕИК _____ лична карта № _____ издадена на _____ от _____

живуш /адрес за кореспонденция/ _____
п.к. _____ гр./с. _____ ж.к./ул. _____ № _____ бл. _____ вх. _____ ет. _____ ап. _____

телефон _____ мобилен телефон _____ електронен адрес _____

месторождение _____ гражданство _____ гържва _____

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА НАСТЪПИЛО ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ: _____ Дата на събитие /лечение _____ Място на събитие /лечение _____

Причини и обстоятелства: _____

РАЗМЕР НА ПРЕТЕНЦИЯТА: _____

С НАСТОЯЩЕТО ИСКАНЕ ПРЕДЯВЯВАМ ПРЕТЕНЦИЯ ПО ЗАСТРАХОВКА:

ЗЛОПОЛУКА И ЗАБОЛЯВАНЕ:

- Смърт
- Трайна загуба на работоспособност
- Временна загуба на работоспособност
- Диагностициране на критично заболяване
- Суми за оперативно лечение
- Дневни пари за болничен престой
- Следхоспитализационна неработоспособност
- Възстановяване на мед.разходи
- Разходи за медикаменти
- Разходи за дентално лечение
- Разходи за извънболнично лечение
- Разходи за болнично лечение
- Фрактури от злополука
- Изгаряния от злополука
- Разходи за спасителни операции /издирване, спасяване и транспортиране/
- Разходи за медицински транспорт и/или репатриране
- Разходи за погребение при смърт
- Други _____

МЕДИЦИНСКА ЗАСТРАХОВКА:

- Болнична помощ
- Извънболнична помощ
- Подобряване условията на мед. грижи пакет "Комфорт"
- Възстановяване на разходи
- Бременност и раждане
- Дентална помощ
- Комплексни здравни грижи
- Други _____

ПОМОЩ ПРИ ПЪТУВАНЕ:

- Болнична помощ
- Извънболнична помощ
- Спешна дентална помощ
- Репатриране на застрахования
- Репатриране на тленни останки
- Посещение при хоспитализиран в чужбина
- Предсрочно репатриране на застрахования
- Репатриране на деца
- Посещение на лекар при лежачо болен
- Настаняване в болница в самостоятелна стая
- Дневни пари за болничен престой
- Смърт от злополука
- Правна помощ
- Обща гражданска отговорност
- Анулиране на полет по разписание
- Загуба на багаж
- Щети по имущество
- Отмяна на полет
- Други _____

Прилагам следните документи:

- Застрахователна полица
- Съобщение за смърт, реприс-извлечение от акт за смърт
- Съдебно-медицинска експертиза
- Оригинал на удостоверение за наследници
- Експертно Решение на ТЕЛК / НЕЛК
- Декларация за трудова злополука по чл. 57 от КСО
- Разпореждане на НОИ по чл. 60 от КСО
- Декларация/документ за настъпило застрахователно събитие
- Протокол за ПТП
- Медицинско удостоверение
- Рецептурна бланка _____ бр.
- Заявление за избор на лекар/екип _____

- Болнични листове _____ бр.
- Амбулаторни листа _____ бр.
- Епикризи от здравно заведение
- Медицинско направление, насочване от лекар специалист _____ бр.
- Служебна бележка за: _____
- Оригинали: сметки, фактури с фискални бонове _____ бр.
- Пълномощно
- Акт за раждане /копие/- за непълнолетни
- Акт за злополука
- Декларация от родител
- Резултати от проведени изследвания _____
- Други _____

Уведомен съм, че следва да представя допълнително следните документи: _____

Дължимата сума да ми бъде преведена по банкова сметка:

Банка _____ IBAN _____ BIC _____ Валута _____

Титуляр на сметка _____ ЕГН _____

Декларирам, че съм / не съм получавал/а обезщетение или суми от трети лица, в т.ч. други застрахователи за събитието, заявено с настоящото искане (ненужното се зачертава).

Декларирам, че имам / нямам валидна застраховка за същото покритие при друг застраховател; притежавам/не притежавам ЕЗОК (ненужното се зачертава).

Декларирам, че давам съгласие за достъп на застрахователя до информация, съхранявана от органите на МВР, разследващите органи, другите държавни органи, личен лекар и здравните заведения, както и заверени реприси от документи, а така също и достъп до информация, представляваща лични данни по смисъла на Закона за защита на личните данни, в случаите, когато това е необходимо за определяне правото и размера на дължимото обезщетение.

Предал документите: Застрахован / представител: /име и фамилия/	Приел документите служител: /име и фамилия/
Граг _____ Дата _____ Подпис _____	Граг _____ Дата _____ Подпис _____