

Претенция за изплащане на обезщетение по застрахователна полица №

От.....ЕГН.....
(име, презиме и фамилия)

Адрес: п.к.гр/с., обл., ул./ж.к.
Бл. вх., ап., тел., моб., e-mail.

В качеството си на : застраховано лице ползващо лице законен представител упълномощено лице

на
(име, презиме и фамилия)

Претенция за изплащане на обезщетение по посочения по-долу застрахователен риск:

<input type="checkbox"/> Пълна трайна неработоспособност вследствие на злополука	<input type="checkbox"/> Възстановяване на медицински разходи
<input type="checkbox"/> Трайна неработоспособност вследствие на злополука с прогресия 350	<input type="checkbox"/> Обезщетение за болничен престой вследствие на злополука / заболяване
<input type="checkbox"/> Обезщетение за наложително лечение вследствие на злополука	<input type="checkbox"/> Критични болести
<input type="checkbox"/> Обезщетение за злополука, претърпяна от дете	<input type="checkbox"/> Освобождаване от премия
<input type="checkbox"/> Обезщетение за временна неработоспособност вследствие на злополука / заболяване	<input type="checkbox"/> Смърт на застраховано лице

Дата и място на събитието:

.....
.....
.....

Описание на застрахователното събитие: Злополука Заболяване

Моля, подробно опишете обстоятелствата, довели до настъпване на събитието: При злополука - датата и мястото на злополуката. При заболяване – датата на диагностициране на заболяването, операцията, лечението.

.....
.....
.....
.....

Оказана медицинска първа помощ и/или предприето лечение:

Моля, подробно опишете болничното заведение, името и специалността на лекаря оказал помощта или провел лечението, продължителност на престоя в болница от дата - до дата и друга уточняваща информация.

.....
.....
.....

Провежда ли се полицейско разследване: Да Не

Ако „Да“ напишете име и координати на разследващото лице

.....
.....
.....

Дата

.....
Име Фамилия

.....
подпис