

**Претенция за изплащане на застрахователно обезщетение за настъпил риск „Смърт“ в резултат на заболяване или злополука по сертификата №: \_\_\_\_\_**

Уважаема/и госпожо/господине,

Моля, попълнете ясно и четливо информацията по-долу и заедно с документите, описани в настоящият документ ги изпратете с писмо с обратна разписка на нашия адрес: гр. София 1592, бул. "Христофор Колумб" № 43, за „ЕВРОИНС ЖИВОТ“ ЕАД

**Данни за застрахованото лице:**

Име, Презиме и Фамилия \_\_\_\_\_ ЕГН:

Адрес \_\_\_\_\_

**Данни за кредита:**

Кредитираща компания: \_\_\_\_\_ ЕИК:

Срок на кредита: от: \_\_\_\_\_ до: \_\_\_\_\_ Валута: BGN:  EUR:  USD:  Друга:

**Данни за настъпило застрахователно събитие:**

Дата на настъпване: \_\_\_\_\_ Място на настъпване: \_\_\_\_\_

**Попълва се само в случай на заболяване.**

Моля опишете историята на заболяването, довело до смъртта на застрахования: (кога е започнало, колко време преди смъртта си починалият е страдал от него?)

Къде, кога и кой е лекувал починалия във връзка с неговото заболяване (Име и адрес на болницата, име на лекуващия лекар?) \_\_\_\_\_

**Попълва се само в случай на злополука.** Повлияла ли е употребата на алкохол или наркотици за настъпване на злополуката: ДА:  НЕ:

Моля опишете подробно къде и как е възникнала злополуката: \_\_\_\_\_

**Данни за лекуващия лекар на починалото лице:**

Име, Презиме и Фамилия: \_\_\_\_\_ телефон: \_\_\_\_\_

Адрес на практиката: \_\_\_\_\_

За нуждите на администриране на настоящето Уведомление и уреждането на претенцията за извършване на застрахователно плащане, следва да представите в офиса на Застрахователя или да изпратите по поща (с обратна разписка), или с куриер, следните документи, както и да отбележите с "X" в квадратчетата пред онези, които прилагате към настоящето уведомление:

- |                          |                                      |                          |  |
|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Сертификат за застраховка – оригинал | <input type="checkbox"/> | Препис-извлечение от акт за смърт – четливо копие                      |
| <input type="checkbox"/> | Съобщение за смърт – четливо копие   | <input type="checkbox"/> | Аутопсионен протокол (в случай, че е правена аутопсия) – четливо копие |

Ако смъртта е настъпила в резултат на заболяване да се представят и: Ако смъртта е настъпила в резултат на злополука да се представят и:

- |                          |  |                          |   |
|--------------------------|--|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Лична амбулаторна карта, амбулаторни листа                       | <input type="checkbox"/> | Протокол за настъпилата злополука/напр. протокол за ПТП   |
| <input type="checkbox"/> | Резултати от изследвания за образна диагностика /ако има такива/ | <input type="checkbox"/> | Заклучение от извършената химическа експертиза за наличие на алкохол или наркотични вещества в кръвта |
| <input type="checkbox"/> | Епикриза/и, история на заболяването                              |                          |   |

В случай, че смъртта е настъпила извън територията на Република България, съответните документи удостоверяващи настъпването на това застрахователно събитие се представят като надлежно преведени и легализирани документи от компетентните за това служби.

**Данни за подаващия настоящето уведомление:**

Име, Презиме и Фамилия: \_\_\_\_\_ ЕГН:

Адрес: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_ И-мейл адрес: \_\_\_\_\_

Декларирам, че дадените от мен отговори са верни и напълно отговарят на истината. Запознат съм с условието, че Застрахователят може да откаже иска и да прекрати застрахователното покритие, ако представя невярна информация. Освобождавам лекарите и здравните заведения, при/в които/където съм се лекувал/а от тяхното задължение за спазване на лекарската тайна по отношение на Застрахователя и ги оторизирам да предоставят данни на "ЕВРОИНС ЖИВОТ" ЕАД във връзка със застраховката и при настъпване на застрахователно събитие.

Дата на попълване на настоящето уведомление: \_\_\_\_\_ Собственоръчен подпис на лицето попълнило настоящето уведомление \_\_\_\_\_