

**Претенция за изплащане на застрахователно обезщетение за настъпил риск „Хоспитализация“ в резултат на 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: \_\_\_\_\_

Повлияла ли е употребата на алкохол или наркотици за настъпване на злополуката: ДА: 

--

 НЕ: 

--

Моля опишете подробно къде и как е възникнала злополуката:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Колко време ще продължи болничният Ви престой според лекуващия Ви лекар? \_\_\_\_\_

**Данни за лекуващия лекар на застрахования:**

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:

Описание на случая при битова злополука, а в случай на трудова злополука – декларация за злополука и разпореждане на НОИ;

Епикриза/и история на заболяването – четливо копие;

**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 \_\_\_\_\_