

Претенция за изплащане на застрахователно обезщетение за настъпил риск „Временна неработоспособност“ 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.

Ползвали ли сте преди това отпуск по болест за същото заболяване? ДА: НЕ:

Ако ДА, моля посочете кога и колко време бяхте в отпуск по болест тогава: _____

В случай, че сте бил/а хоспитализиран/а моля посочете къде и кой е провел лечението (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: _____

Колко време ще продължи временната Ви неработоспособност 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:

- Медицински документи, резултати от медицински изследвания, издадени от лицензирани лечебни заведения – четливо копие;
- Първичен болничен лист и неговите продължения, издадени по реда, предвиден в действащата нормативна уредба и заверени с подпис и печат на работодателя, удостоверяващи броя реално използвани дни на отпуска по болест – четливо копие;
- Описание на случая при битова злополука, а в случай на трудова злополука – декларация за злополука и разпореждане на НОИ – четливо копие;
- Лична амбулаторна карта, амбулаторни листа – четливо копие;
- 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 _____