

ЗАЯВЛЕНИЕ ЗА ИЗПЛАЩАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ОБЕЗЩЕТЕНИЕ

ПО ЗАСТРАХОВКИ „Злополука и Заболяване“, „Помощ при пътуване в България“, „Помощ при пътуване в чужбина“, „Медицинска застраховка за чужденци в България“

ПОПЪЛВАТ СЕ ДАННИ ЗА ЗАСТРАХОВАНИЯ (ПОСТРАДАЛОТО ЛИЦЕ):

Формулярът следва да бъде попълнен лично от застрахования, с изключение на случаите, когато същият е: физически възпрепятстван – попълва се от упълномощено лице, дете – попълва се от родителя; застрахованият е починал – попълва се от ползващите лица.

ПОСТРАДАЛО ЛИЦЕ

ЕГН/ЛНЧ

Адрес на Застрахования

E-MAIL

Телефон

ОБСТОЯТЕЛСТВА И ПРИЧИНИ ЗА НАСТЪПВАНЕ НА СЪБИТИЕТО:

Дата

Час

Място:

Данни за събитието и получените увреди.

Описание на оказаната медицинска помощ, проведено лечение и манипулации. Начало и край на лечението.

Предидшни злополуки/заболявания. Кога и какво лечение е проведено.

Имате ли определен процент ТНР, в какъв размер?

МЕДИЦИНСКИ РАЗНОСКИ по случая, удостоверени с разходни документи:

Да ☐

Не ☐

В размер на:

Дата:20.....г.

.....

/ подпис, име, фамилия /

ЗАЯВЛЕНИЕТО СЕ ПОДАВА ОТ

ИМЕ, ПРЕЗИМЕ, ФАМИЛИЯ ЕГН/ЛНЧ

ЗАСТРАХОВАН (пострадал) ☐ ЗАКОНЕН ПРЕДСТАВИТЕЛ (наследник) ☐ УПЪЛНОМОЩЕН ПРЕДСТАВИТЕЛ ☐

АДРЕСЪТ И ЛИЧНИТЕ ДАННИ СЕ ПОПЪЛВАТ САМО, АКО МОЛБАТА СЕ ПОДАВА ОТ УПЪЛНОМОЩЕНО ЛИЦЕ ИЛИ НАСЛЕДНИК:

Адрес

E-MAIL Телефон

Полагащото се застрахователно обезщетение да бъде изплатено на:

1. ИМЕ, ПРЕЗИМЕ, ФАМИЛИЯ ЕГН/ЛНЧ

По банкова сметка В качеството му на:

2. ИМЕ, ПРЕЗИМЕ, ФАМИЛИЯ ЕГН/ЛНЧ

По банкова сметка В качеството му на:

ОПИС НА ПРЕДСТАВЕНИТЕ ДОКУМЕНТИ

Застрахователна полица	Амбулаторни листовебр.	Болнични листове.....бр.
Служебна бележка от работодателя, спортен клуб, превозвач, туристическа агенция, др. компетентни органи	Епикризибр.	Удостоверение за раждане
Протокол за настъпило ПТП	Копие от здравна или амбулаторна книжка	Фактури с касови бележки за направени медицински разноси в копие/оригинал
Декларация за трудова злополука	Разпореждане на НОИ	Акт/Удостоверение за настъпила злополука. Протокол за разследване на трудова злополука
Удостоверение за наследници/родствени връзки		

УВЕДОМЕН СЪМ, ЧЕ ТРЯБВА ДА ПРЕДСТАВЯ СЛЕДНИТЕ, ДОПЪЛНИТЕЛНО ИЗИСКАНИ ОТ ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ ДОКУМЕНТИ:

Информиран/а съм, че предоставените от мен лични данни се обработват от ЗАД „Армеец“ в качеството му на администратор на лични данни, съгласно Регламент (ЕС) 2016 / 679 и действащото българско законодателство. Запознах се с Информацията за защита на личните данни по чл. 13 от ОРЗД на застрахователя, налична в офисите на дружеството и публикувана на: www.armees.bg.

Дата:20.....г.
/подпис, име, фамилия /

Данните са сверени от служител на ЗАД „Армеец“:.....Дата:20.....г.
/подпис, име, фамилия /