

**УВЕДОМЛЕНИЕ ЗА НАСТЪПИЛО СЪБИТИЕ ПО ЗАСТРАХОВКИ „МЕДИЦИНСКИ РАЗХОДИ ПРИ ЗАБОЛЯВАНЕ И
ЗЛОПОЛУКА В ЧУЖБИНА С ОСИГУРЕН АСИСТАНС“**

Агенция/ Офис „ДЗИ“:

Вх. № ЦУ

Вх. №

ЩЕТА №

Полица №

Валидност от:

до:

ТЕРИТОРИАЛЕН ОБХВАТ: зона 1 ☐ зона 2 ☐

1. ДАННИ ЗА ПОСТРАДАЛОТО ЛИЦЕ - ПОПЪЛВА СЕ ОТ ЗАСТРАХОВАНИЯ/ ПРЕТЕНДЕНТА:

Име: _____ тел : _____ е-мейл: _____

(трите имена)

Град/с:

Държава:

ЕГН

2. ДАННИ ЗА СЪБИТИЕТО:

Дата: _____

Място: _____

Уведомена ли е Асистиращата компания? **ДА/НЕ**

Дата на уведомяване: _____

Подробно описание на събитието:

Платени разходи:

...../сума/...../основание/

3. ПРИЛАГАМ СЛЕДНИТЕ ДОКУМЕНТИ:

1. ФОТОКОПИЕ ОТ ПОЛИЦАТА ☐
2. ФОТОКОПИЕ НА ЗАДГРАНИЧЕН ПАСПОРТ ☐
3. МЕДИЦИНСКИ ДОКУМЕНТИ (епикризи, мед. бележки и резултати от изследвания) – в оригинал ☐
4. КАСОВИ БЕЛЕЖКИ, РЕЦЕПТИ И ФАКТУРИ В ОРИГИНАЛ ☐
5. ПОТВЪРЖДЕНИЕ ЗА РЕЗЕРВАЦИЯ , ФАКТУРА ИЛИ КОПИЯ ОТ САМОЛЕТНИТЕ БИЛЕТИ ☐
6. ПОТВЪРЖДЕНИЕ ОТ БОЛНИЦАТА ЗА ДАТАТА НА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ (при иск за дневни пари за болничен престой) ☐
7. ЕКСПЕРТНО РЕШЕНИЕ НА ТЕЛК ЗА ОПРЕДЕЛЯНЕ % ТРАЙНА ЗАГУБА НА ТРУДОСПОСОБНОСТ ☐
8. АКТ ЗА СМЪРТ (за изплащане на обезщетение при смърт от злополука) ☐
9. ФОТОКОПИЕ НА АКТ ЗА РАЖДАНЕ И ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА БАНКОВА СМЕТКА ☐
10. Други
документи: _____

Име: _____

[illegible]

BIC: |_|_|_|_|_|_|_|_| Банк: _____

Декларирам, че ☐ имам / ☐ нямам валидна застраховка при друг застраховател за същите покрити по полицата рискове.

Декларирам, че имам / нямам промяна в обстоятелствата, декларирани с представените документи при сключване на застраховката.

Известно ми е, че за предоставяне на неверни данни нося отговорност съгласно Наказателния Кодекс на Република България.

Име _____ тел : _____ е-мейл: _____
(име и фамилия)

Град/с: _____ Адрес: _____ ЕГН/ЕИК | | | | | | | | | |

В качеството си на: Застрахован ☐

Законен представител:..... ☐

Друго:..... ☐

Получих екземпляр от уведомление за щета №.....

Гр. _____ Дата | | | | | | | | | | Подпись: _____

Гр. _____ Име и Фамилия: _____

[illegible]