

Вх.№...../.....

**Заявление за застрахователна претенция в случай на хирургическо лечение  
(попълва се от всяко ползващо лице поотделно)**

Номер на застрахователен договор .....

Документи за задължително представяне	Допълнително представени документи
<input checked="" type="checkbox"/> 1. Въпросник по образец на застрахователя, подписан от лекаря, извършил или ръководил операцията <input checked="" type="checkbox"/> 2. Епикриза от болница <input checked="" type="checkbox"/> 3. Копие от декларация за информирано съгласие относно проведеното хирургическо лечение <input checked="" type="checkbox"/> 4. Копие на личната карта на ползващото лице <input checked="" type="checkbox"/> 5. Копие на документ, издаден от банка, доказващ номера и титуляра на банковата сметка	<input type="checkbox"/> 1. Копия на болнични листове <input type="checkbox"/> 2. Протокол за ПТП <input type="checkbox"/> 3. Акт за трудова злополука <input type="checkbox"/> Други.....

**Всички документи по-горе (с изключение на 4 и 5) е достатъчно да бъдат предоставени от едно от ползващите лица. Останалите ползващи лица се ползват от предоставените вече документи.**

**Данни за застрахования**

Име ..... Презиме ..... Фамилия .....  
 ЕГН ..... № и дата на издаване на лична карта .....  
 Постоянен адрес .....  
 Адрес за кореспонденция .....  
 Мобилен телефон ..... Дом. телефон .....  
 Служ. телефон ..... E-mail .....  
 Работодател .....  
 Описание на служебните задължения .....

Име, адрес и телефон на болницата, където е бил опериран застрахования  
 .....

Име на клиниката/отделението, където е била извършена операцията  
 .....

Име на лекуващия лекар в болницата, където е бил хоспитализиран застрахования  
 .....

Име на лекаря, ръководил операцията

.....  
Моля опишете обстоятелствата, при които е настъпила злополуката  
.....  
.....

Провежда ли се полицейско разследване? Да  Не

От кого се води разследването /РПУ и име на лицето, извършващо разследването/?  
.....

Име, адрес и телефон на личния лекар /GP/  
.....  
.....

### Ползващо лице

Име ..... Презиме ..... Фамилия .....

ЕГН ..... № и дата на издаване на лична карта .....

Постоянен адрес .....

Адрес за кореспонденция .....

Мобилен телефон ..... Дом. телефон .....

Служ. телефон ..... E-mail .....

Банкова сметка /IBAN/❶

Валута на сметката:  EUR  BGN ❷

BIC /Банков идентификационен код/ .....

Банка ..... Клон .....

❶ При плащане по сметка в банка, намираща се извън територията на Република България, банковите разходи по плащането са за сметка на ползващото лице.

❷ В зависимост от избора на ползващото лице застрахователната сума се плаща в евро или в лева по официалния валутен курс на БНБ за деня на плащането.

### Съгласен съм с условията на плащане.

Дата ..... Подпис на ползващото лице.....

В случай че настоящото заявление се подава от законен представител на ползващото лице или от изрично упълномощено лице, към заявлението следва да приложите официален документ, доказващ представителната власт или изрично пълномощно с нотариална заверка на подписа.

**Данни за лицето, попълнило настоящото заявление /ако е различно от ползващото лице/**

Име ..... Презиме ..... Фамилия .....

ЕГН ..... № и дата на издаване на лична карта .....

Постоянен адрес .....

Адрес за кореспонденция .....

Мобилен телефон ..... Дом. телефон .....

Служ. телефон ..... E-mail .....

Дата .....

Подпис.....