



ЕВРОПЕЙСКА ЗАСТРАХОВАТЕЛНА  
И ОСИГУРИТЕЛНА КОМПАНИЯ

гр. София 1000, ул. "6-ти септември" № 45, ет. 1, e-mail: info@ehif.eu; тел: 0700 20 520; 02 921 82 85; 02 921 82 87

**ЗАЯВЛЕНИЕ  
ЗА ИЗПЛАЩАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ОБЕЗЩЕТЕНИЕ**

От (име, презиме, фамилия):  ЕГН

ЗАСТРАХОВАН (пострадал)  ЗАКОНЕН ПРЕДСТАВИТЕЛ (наследник)  УПЪЛНОМОЩЕН ПРЕДСТАВИТЕЛ

Адрес: гр.(с.), ул., №, бл., вх., ет., ап.:  тел.:

**ЛИЧНИТЕ ДАННИ СЕ ПОПЪЛВАТ САМО, АКО МОЛБАТА СЕ ПОДАВА ОТ УПЪЛНОМОЩЕНО ЛИЦЕ ИЛИ НАСЛЕДНИК**

Лична карта №  издадена на:  от:

**ОБСТОЯТЕЛСТВА И ПРИЧИНИ ЗА НАСТЪПВАНЕ НА ЗЛОПОЛУКАТА:**

Дата:  Час:  Място:

Подробно описание на събитието:	<input type="text"/>
Описание на получените увреди:	<input type="text"/>
Имали ли сте предишни злополуки/ заболявания? Какви?	<input type="text"/>

Имате ли определен процент трайно намалена работоспособност? В какъв размер?

МЕДИЦИНСКИ РАЗНОСКИ по случая, удостоверени с разходни документи:  ДА  НЕ  в размер на  лв.

**ВЪВ ВРЪЗКА С ОПИСАНОТО ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ, МОЛЯ НА**

в качеството на:

ЗАСТРАХОВАН /пострадал  ЗАКОНЕН ПРЕДСТАВИТЕЛ (наследник)  УПЪЛНОМОЩЕН ПРЕДСТАВИТЕЛ

да бъде изплатено обезщетение по банкова сметка:

**ОПИС НА ПРЕДСТАВЕНИТЕ ДОКУМЕНТИ**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> застрахователна полица   | <input type="checkbox"/> амбулаторни листове                     | <input type="checkbox"/> сведение за временна нетрудоспособност                    |
| <input type="checkbox"/> служебна бележка от работодателя   | <input type="checkbox"/> Епикризи ..... бр.                      | <input type="checkbox"/> болнични листове ..... бр.                                |
| <input type="checkbox"/> Акт за злополука / удостоверение за настъпила злополука (за военнослужещи) | <input type="checkbox"/> копие от здравна или амбулаторна книжка | <input type="checkbox"/> фактури с касови бележки за направени медицински разноски |
| <input type="checkbox"/> декларация за трудова злополука  | <input type="checkbox"/> рентгенови снимки .....бр.              | <input type="checkbox"/> .....   |
| <input type="checkbox"/> разпореждане на НОИ  | <input type="checkbox"/> становище на лекуващия лекар            | <input type="checkbox"/> .....   |
| <input type="checkbox"/> протокол за настъпило ПТП  | <input type="checkbox"/> рецепти за медикаменти                  | <input type="checkbox"/> .....   |

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

- 
- 

ДАТА:..... ПОДПИС:.....

**ПОПЪЛВА СЕ СЛУЖЕБНО:**

Полица №	<input type="text"/>	Вид застраховка:	<input type="text"/>	Офис:	<input type="text"/>
Валидност: от	<input type="text"/>	до	<input type="text"/>	Застр. сума:	<input type="text"/>
Застрахован:	<input type="text"/>			Застраховач:	<input type="text"/>