

## ДОКЛАД ЗА НАСТЪПИЛО ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ ПО ЗАСТРАХОВКА “ЗЛОПОЛУКА” – ИЗЯВЛЕНИЕ НА ЗАСТРАХОВАНИЯ

Чрез попълването на този формуляр Дружеството не поема отговорност, нито се отказва от свои права.  
Да се попълни от Застрахования (ако е непълнолетен от родителя или настойника) и да се върне в рамките на 15 дни.

Име на застрахованото лице: .....

Актуален адрес: .....

Номер на застрахователната полица: .....

Дата на раждане: .....

Опишете подробно нараняването и обяснете къде, кога и как се е случило

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Опишете всяко заболяване или физически недъг, имащи отношение към реализираната злополука (нараняването)

.....  
.....  
.....  
.....

Посочете точната дата на злополуката (нараняването) .....

Посочете датата, на която в резултат на злополуката сте загубили напълно зрение или крайник .....

Лечебни заведения (Посочете пълните имена и адреси на болниците, в които сте бил лекуван, както и датите на пролежаване в тях, имащи отношение към реализираната злополука (нараняване))

Наименование на лечебното заведение / клиника-отделение / лекар провел лечението	Адрес на лечебното заведение/адрес на практиката на лекаря провел лечението	Дата на постъпване Дата на изписването Дата на проведеното лечение

Посочете името и адреса на Вашия постоянен домашен лекар

.....  
.....  
.....  
.....

Какви други застраховки за злополука, заболяване или нетрудоспособност имате? (Посочете имената на застрахователните компании и опишете покритията)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Вашето занятие в момента и ежедневните Ви служебни задължения?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Име и адрес на работодателя

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

На какво друго медицинско или хирургическо лечение сте бил подлаган през последните 5 години?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Посочете дружествата и организациите, които са Ви плащали обезщетение за заболяване или нараняване

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## **ДЕКЛАРАЦИЯ**

**С настоящото разрешавам на всяка една болница, лекар или друго лице, което ме е лекувало, както и на всеки мой работодател да даде всякаква и пълна информация по отношение на всяко мое заболяване, нараняване, история на заболяването, консултация, рецепти или лечение, копия от всички болнични и медицински записи и копия от всички записи на работодателите ми.**

**Приемам фото-копие на тази оторизация да се смята за валидно и в сила като оригинала.**

Дата: .....

Подпис (с пълното име) .....