

ДОКЛАД ЗА НАСТЪПИЛО ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ ПО ЗАСТРАХОВКА “ЗАБОЛЯВАНЕ” – 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 Място на раждане

Моля опишете подробно заболяването – кога, къде и от кого е установено/диагностицирано за първи .

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

Моля опишете всяко предшестващо състояние/заболяване , което може да има отношение към настоящото заболяване:

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

Моля посочете точната дата на диагностициране на заболяването

Моля посочете датата, на която в резултат на заболяването сте загубили трудоспособността си:

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

МетЛайф Юрп д.а.к. е частно акционерно дружество, учредено в Ирландия под номер 415123, с адрес на управление 20 он Хеч, Лоуър Хеч Стрийт, Дъблин 2, Ирландия. В България дружеството извършва дейност чрез клон: МетЛайф Юрп д.а.к. – клон България, вписано в Търговския регистър с ЕИК 203328716 със седалище и адрес на управление: гр. София 1404, район „Триадица“, бул. „България“ № 51Б.

Директори на МетЛайф Юрп д.а.к. са: Сара Алисия Селсо (гражданин на САЩ), Алън Кук (гражданин на Великобритания), Бренда Дън (гражданин на Ирландия), Никълъс Хейтър (гражданин на Великобритания), Рой Кийнън (гражданин на Ирландия), Дърк Остийн (гражданин на Белгия), Лукас Цийвер (гражданин на Швейцария)
МетЛайф Юрп д.а.к. (с търговско наименование МетЛайф) е поднадзорно лице на Централната банка на Ирландия. Комисията за финансов надзор осъществява текущ надзор върху дружеството съгласно Кодекса за застраховането.

--	--	--

Моля посочете името и адреса на Вашия постоянен домашен лекар

.....
.....

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

.....
.....

Ващото 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)