

Вх. № Агенция гр. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### УВЕДОМЛЕНИЕ – МОЛБА ЗА НАСТЪПИЛО ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ

ОТ (име, презиме, фамилия) \_\_\_\_\_ ЕГН \_\_\_\_\_

В КАЧЕСТВОТО МУ НА:  
\_\_\_\_\_  
застрахован, ползващо се лице, законен представител, упълномощен представител, наследник

Адрес: гр.(с.), кв., ул., №, бл., вх., ет., ап. \_\_\_\_\_ телефон: \_\_\_\_\_

ПОСТРАДАЛО ЛИЦЕ (име, презиме, фамилия): \_\_\_\_\_ ЕГН \_\_\_\_\_

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

Настъпило събитие:    заболяване     злополука     смърт     Дата на събитието: \_\_\_\_\_

Обстоятелства, при които е настъпило събитието и описание на получените увреди:  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**МОЛЯ, ВЪВ ВРЪЗКА С НАСТЪПИЛОТО СЪБИТИЕ ДА БЪДЕ ИЗПЛАТЕНО ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ОБЕЗЩЕТЕНИЕ НА:**

1. \_\_\_\_\_ ЕГН: \_\_\_\_\_ в качеството му на: \_\_\_\_\_  
в брой:  по банкова сметка: \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_ ЕГН: \_\_\_\_\_ в качеството му на: \_\_\_\_\_  
в брой:  по банкова сметка: \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_ ЕГН: \_\_\_\_\_ в качеството му на: \_\_\_\_\_  
в брой:  по банкова сметка: \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_ ЕГН: \_\_\_\_\_ в качеството му на: \_\_\_\_\_  
в брой:  по банкова сметка: \_\_\_\_\_

ИЗВЕСТНО МИ Е, ЧЕ ЗА НЕВЕРНИ ДАННИ НОСЯ НАКАЗАТЕЛНА ОТГОВОРНОСТ ПО ЧЛ. 313 ОТ НК.

ДАТА: \_\_\_\_\_

ПОДПИС: \_\_\_\_\_

**ОПИС НА ПРЕДСТАВЕНИТЕ ДОКУМЕНТИ**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Застрахователна полица                         | <input type="checkbox"/> Амбулаторни листи.....бр.                                | <input type="checkbox"/> Смъртен акт                 |
| <input type="checkbox"/> Копие от квитанция за последна платена вноска  | <input type="checkbox"/> Епикризи.....бр.   | <input type="checkbox"/> Съобщение за смърт          |
| <input type="checkbox"/> Служебна бележка/удостоверение от работодателя | <input type="checkbox"/> Копие ЛАК  | <input type="checkbox"/> Удостоверение за наследници |
| <input type="checkbox"/> Акт/декларация за злополука                    | <input type="checkbox"/> Рентгенови снимки .....бр.                               | <input type="checkbox"/> _____                       |
| <input type="checkbox"/> Протокол за ПТП                                | <input type="checkbox"/> Рецепти за медикаменти                                   | <input type="checkbox"/> _____                       |
| <input type="checkbox"/> Болнични листи.....бр.                         | <input type="checkbox"/> Фактури с касови бележки за направени медицински разходи | <input type="checkbox"/> _____                       |

ПРЕДАЛ: \_\_\_\_\_

Документите са проверени и приети от \_\_\_\_\_  
име, фамилия и подпис на представителя на застрахователя

Попълва се от застрахователя:

**СВЕДЕНИЕ ПО ПОЛИЦА №**

**ЗАСТРАХОВАЩ:**

**ЗАСТРАХОВАН:**  **ЕГН**

Начало на застраховката:  Край на застраховката:  Дата събитие:

Платени премии :  брой Платено до:  Пропуснати премии:  брой

Застраховката е: редовна  нередовна  към датата на събитието

**ЕКСПЕРТ:** \_\_\_\_\_  
име, фамилия

**ПОДПИС:** \_\_\_\_\_

**ДАТА:** \_\_\_\_\_