



ИСКАНЕ ЗА ПЛАЩАНЕ ПО ПОЛИЦА № _____

От /име, презиме и фамилия на застрахованото/ползващото лице/

Претенцията се предявява от трето лице - представляващ

ЕГН/ЛНЧ

телефон

електронен адрес

АДРЕС ЗА КОРЕСПОНДЕНЦИЯ

п.к. гр./с. ж.к./ул. № бл. вх. ет. ап.

* полетата са задължителни при предявяване на претенция по застраховки „Помощ при пътуване в чужбина“.

* гражданство

* държава

* месторождение

Дата на събитие/лечение

Място на събитие/лечение

ПРИЧИНИ И ОБСТОЯТЕЛСТВА СВЪРЗАНИ С НАСТЪПИЛО ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ

РАЗМЕР НА ПРЕТЕНЦИЯТА:

С НАСТОЯЩЕТО ИСКАНЕ ПРЕДЯВЯВАМ ПРЕТЕНЦИЯ ПО ЗАСТРАХОВКА:

ЗЛОПОЛУКА И ЗАБОЛЯВАНЕ:

- ☐ Смърт
- ☐ Трайна загуба на работоспособност
- ☐ Временна загуба на работоспособност
- ☐ Диагностициране на критично заболяване
- ☐ Дневни пари за болничен престой
- ☐ Възстановяване на медицински разходи
- ☐ Разходи за дентално лечение
- ☐ Фрактури/ Изгаряния от злополука
- ☐ Разходи за спасителни операции
- ☐ Разходи за медицински транспорт/репатриране
- ☐ Разходи за погребение
- ☐ Други _____

МЕДИЦИНСКА ЗАСТРАХОВКА:

- ☐ Извънболнична помощ
- ☐ Болнична помощ
- ☐ Възстановяване на разходи
- ☐ Комфорт
- ☐ Дентална помощ
- ☐ Алтернативно лечение

ПОМОЩ ПРИ ПЪТУВАНЕ:

- ☐ Болнична/извънболнична помощ
- ☐ Спешна дентална помощ
- ☐ Репатриране на застрахован
- ☐ Репатриране на тленни останки
- ☐ Посещение при хоспитализиран в чужбина
- ☐ Предсрочно репатриране на застрахования
- ☐ Репатриране на деца
- ☐ Посещение на лекар при лежачо болен /Настояване в болница в самостоятелна стая/ Дневни пари за болничен престой
- ☐ Смърт от злополука
- ☐ Правна помощ
- ☐ Обща гражданска отговорност
- ☐ Анулиране на полет по разписание/ Отмяна на полет/ Загуба на багаж
- ☐ Други _____

Прилагам следните документи:

- ☐ Застрахователна полица
- ☐ Пълномощно
- ☐ Съобщение за смърт/акт за смърт
- ☐ Оригинал на удостоверение за наследници
- ☐ Декларация за трудова злополука по чл.57 от КСО
- ☐ Експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК
- ☐ Акт за злополука /документ за настъпило застрахователно събитие/ протокол за ПТП
- ☐ Съдебно-медицинска експертиза/Медицинско удостоверение

- ☐ Акт за раждане /за непълнолетни/
- ☐ Декларация от родител
- ☐ Болнични листове _____ бр.
- ☐ Амбулаторен лист/Медицинско направление/Епикриза _____ бр.
- ☐ Резултат от изследване _____ бр.
- ☐ Рецептурна бланка _____ бр.
- ☐ Заявление за избор на екип/стикер от медицинско изделие _____ бр.
- ☐ Оригини на разкого-оправдателни документи _____ бр.
- ☐ Други: _____

Уведомен съм, че следва да представя допълнително следните документи: _____

Дължимата сума да ми бъде преведена по банкова сметка:

Банка _____ IBAN _____ BIC _____ Валута _____
Титуляр на сметка _____ ЕГН _____

С подписване на настоящата бланка, декларирам, че:

– съм запознат/а с приложимите към застрахователния договор Общи и Специални условия;

– съм запознат/а с Указания за ползване на застраховката, предоставени ми от Застрахователя, при сключване на договора;

– съм уведомен/а, че „Дженерали Застраховане“, АД има право на достъп до информация, съхранявана от органите на МВР, разследващите органи, другите държавни органи, личен лекар и здравните заведения, както и заверени преписи от документи, в случаите, когато това е необходимо за определяне основателността и размера на дължимото обезщетение.

☐ съм/ ☐ не съм получавал/а обезщетение или суми от трети лица, в т.ч. други застрахователи за събитието, заявено с настоящото искане;

☐ имам/ ☐ нямам валидна застраховка за същото покритие при друг застраховател; ☐ притежавам/ ☐ не притежавам ЕЗОК.

Заявителят декларира, ☐ че е получил / ☐ не е получил своевременно, преди подаване на настоящото „Искане за плащане“, информацията по чл. 13 от Общия регламент относно защита на данните (ЕС) 2016/679.

Предал документите: Застрахован / представител: /име и фамилия/			Приел документите служител: /име и фамилия/		
Град	Дата	Погнис	Град	Дата	Погнис