



ДЕКЛАРАЦИЯ

ЗА НАСТЪПИЛО ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ

Моля, отговорете точно и ясно. Вие носите отговорност за верността на написаното. Попълнете саморъчно. Когато отговорите са в квадратчета, моля отбележете верния с X.

Декларацията се попълва от застрахования, с изключение на случаите, когато същият е:

- физически възпрепятстван или непълнолетен – попълва се от упълномощено от него лице или негов родител/настойник;
- застрахованият е починал – попълва се от законен наследник.

ЗАСТРАХОВАНО ЛИЦЕ:
/име, презиме, фамилия/

ЕГН Адрес за кореспонденция: пощ.код:, гр./с./.....,
общ.,обл..... ж.к./ул.
Бл..... Вх..... Ап..... тел:.....; e-mail:.....
Дата на събитието..... Място на събитието

Пълно описание на обстоятелствата и причините за настъпване на събитието:

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

Имате ли определена трайна загуба на работоспособност от ТЕЛК? НЕ ДА

Ако да, колко процента и от кога?

От кога страдате от заболяването/злополука, причинили временна неработоспособност:

Кога са се проявили първите симптоми (оплаквания):

В резултат на това заболяване / злополука имали ли сте загуба на работоспособност? НЕ ДА

Ако да, кога и с каква продължителност:

Данни за личен лекар:

Данни за лекуващ лекар:

Дата: Подпис на застрахованото лице или негов представител:.....

Представител на застрахования, попълнил декларацията (име, фамилия)