



## 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/злополуката, 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) .....