



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.: /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)