



ВХ. № ...../.....

**ФОРМУЛЯР № 1**

за предявяване на застрахователна претенция по допълнително покритие срещу трайно изгубена или намалена работоспособност вследствие на злополука/болничен престой над 3 дни вследствие на злополука – (тарифи UIZ, UI30Z, UI50Z, UI50P и UHZ)

**ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ ПОЛИЦИ №** 11, ..... ; 11, ..... ; 11, .....

<b>Покрити рискове:</b>	
<input type="checkbox"/> Трайно изгубена или намалена работоспособност вследствие на злополука (тарифа UIZ);	<input type="checkbox"/> Трайно изгубена или намалена работоспособност вследствие на злополука в размер на/над 50% (тарифи UI50Z, UI50P);
<input type="checkbox"/> Трайно изгубена или намалена работоспособност вследствие на злополука в размер на/над 30% (тарифа UI30Z);	<input type="checkbox"/> Болничен престой над 3 дни вследствие на злополука (тарифа UHZ)
<b>Информация за застрахователя / застрахованото лице:</b> За определяне на степента на трайно изгубена или намалена работоспособност е необходимо медицинско свидетелство за трайните последици, причинени от злополуката, една година след настъпването ѝ, освен ако процентът на трайно изгубена или намалена работоспособност може да се установи еднозначно от медицинска гледна точка.	
1. Застраховащ (договорител):	
2. Застраховано лице – име и ЕГН:	
3. Адрес за кореспонденция и телефон за контакт:	
4. Професия и допълнителни занимания:	
5. РПУ, разследващо злополуката, ако се провежда разследване:	
6. Име и адрес на свидетелите:	
<b>7. Описание на злополуката</b> (Следва да се опише подробно с цел ясното пресъздаване на обстоятелствата – точно време, място, начин на протичане, например: имало ли е удар, загуба на съзнание, подхлъзване, спъване, падане, на коя страна и др.)	
8. Вид на нараняванията:	
9. Къде е оказана първа помощ? (Моля, приложете документи)	
10. Име и адрес на лекаря / болницата, където е проведено лечението: (Моля, приложете документи)	
11. Личен лекар: име, адрес и телефон:	

12. Преди настъпване на злополуката имало ли е някакви физически заболявания, предишни злополуки или други увреждания? Ако да, моля избройте какви и приложете документи:

Декларирам, че съм местно лице за данъчни цели само и единствено на Р. България.

Потвърждавам, че съм отговорил/а вярно на горепосочените въпроси.

Дата:

Подпис:

Декларирам, че съм уведомен/а относно необходимостта от обработване на личните ми данни за целите на изпълнението на (пред)договорните задължения на ГРАВЕ България Животозастраховане ЕАД и/или спазването на приложимите регулаторни и нормативни изисквания. Бях информиран/-а за правата съгласно действащото в Р България законодателство в областта на защитата на личните данни, за видовете лични данни, обработвани от ГРАВЕ, както и за целите на обработване. Освен това бях информиран/-а, че прилаганата от ГРАВЕ Политика за конфиденциалност е достъпна на <https://www.grawe.bg/lichni-danni/>.

Дата:

Подпис:

**ПЪЛНОМОЩНО**

Упълномощавам ГРАВЕ България Животозастраховане ЕАД да преглежда съдебните и административни дела, отнасящи се до моя случай и да прави копия на същите.

Дата:

Място:

Подпис:

**ПЪЛНОМОЩНО**

Упълномощавам ГРАВЕ България Животозастраховане ЕАД да придобива копия на всички медицински документи, отнасящи се до претърпяната от мен злолука на .....Г.

Период на лечение:

Болница:

Дата:

Място:

Подпис:

**Прилагам следните документи (моля, отбележете с X):**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Протокол за ПТП/Констативен протокол; | <input type="checkbox"/> Карта за измерване обема на движение;                    |
| <input type="checkbox"/> Акт за трудова злополука;             | <input type="checkbox"/> Рехабилитационна карта;                                  |
| <input type="checkbox"/> Болнични листове ..... бр.;           | <input type="checkbox"/> Удостоверение за банкова сметка;                         |
| <input type="checkbox"/> Амбулаторни листове ..... бр.;        | <input type="checkbox"/> Копие от документ за самоличност на застрахованото лице; |
| <input type="checkbox"/> Епикризи ..... бр.;                   | <input type="checkbox"/> .....  |
| <input type="checkbox"/> Лична амбулаторна карта;              | <input type="checkbox"/> .....  |
| <input type="checkbox"/> Решение на ТЕЛК/НЕЛК;                 | <input type="checkbox"/> .....  |

**Внимание! Необходимите документи се представят в оригинал или надлежно заверени от съответното болнично заведение или административен орган копия.**

**Оригиналните документи ще бъдат върнати незабавно след разглеждането им.**