

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,
Покрити рискове:

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <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) |

Информация за застрахователя / застрахованото лице:

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. Застраховач (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:	
7. Описание на злополуката (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:	

ДЕКЛАРАЦИЯ на основание чл. 42, ал. 2, т.2 от ЗМИП

Долуподписаният/ата, ЕГН, декларирам:

- към момента съм/ в последната една година съм бил/а видна политическа личност или свързано лице по смисъла на чл. 36, ал. 2-5 от ЗМИП в Р. България или в друга държава (**моля, попълнете отделен формуляр “Декларация по чл. 42, ал. 2, т. 2 от ЗМИП”**);
- към момента не съм/ в последната една година не съм бил/а видна политическа личност или свързано лице по смисъла на чл. 36, ал. 2-5 от ЗМИП в Р. България или в друга държава.

ДЕКЛАРАЦИЯ на основание чл. 142, ал. 1 от ДОПК

Декларирам, че съм:

- местно лице за данъчни цели само и единствено на Р. България;
- данъчно задължено лице за друга държава (вкл. зелена карта за САЩ):
- Държава..... Данъчен номер.....
- Адрес по местоживее:

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 („ГРАВЕ“) и/или спазването на приложимите регулаторни и нормативни изисквания. Бях информиран/-а за правата си 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 поставената диагноза / проведеното лечение.

Период на лечение:

Болница:

Дата:

Място:

Подпис:

Прилагам следните документи (моля, отбележете с X):

- Протокол за ПТП/Констативен протокол;
- Акт за трудова злополука;
- Болнични листове бр.;
- Амбулаторни листове бр.;
- Епикризи бр.;
- Лична амбулаторна карта;
- Решение на ТЕЛК/НЕЛК;

- Карта за измерване обема на движение;
- Рехабилитационна карта;
- Удостоверение за банкова сметка;
- Копие от документ за самоличност на застрахованото лице;
-
-
-

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.