Застрахователна компания "УНИКА Живот" АД
1612 София, ул. „Юнак" 11-13
тел.: (02) 9156 333, факс: (02) 9156 300
www.uniqa.bg

# ПРЕТЕНЦИЯ № _____

## за изплащане на застрахователна сума /обезщетение по полица № _____

**От** _____ ЕГН |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
(име, презиме и фамилия )

Адрес: п.к. _____ гр./с. _____, обл._____, ул./ж.к._____ №___

бл. ____ вх. ____ ап. ____ тел._____ моб. _____ E-mail _____

в качеството си на: ❑ застраховано лице ❑законен представител ❑ползващо лице

❑ наследник на _____
(име, презиме и фамилия )

**Вид събитие:** ❑ изтекъл срок ❑ откуп ❑ смърт ❑ трайна неработоспособност
❑ временна неработоспособност ❑ мед. разходи ❑ дневни пари ❑ хируг. лечение

**Дата на събитието:** _____

**Причина за събитието:** ❑ заболяване ❑ злополука ❑ трудова злополука

**Кратко описание на злополуката** (кога, къде и при какви обстоятелства е настъпило събитието): _____

_____

_____

_____

_____

**ПРИЛАГАМ СЛЕДНИТЕ ДОКУМЕНТИ:**

❑ Застрахователна полица в оригинал/копие
❑ Служебна бележка от работодател за наличие на трудов договор (при групови застраховки)
❑ Удостоверение за наследници (когато не са посочени ползващи лица)
❑ Документ, удостоверяващ настъпването на злополуката
❑ Декларация на свидетел за настъпила злополука, когато липсва друг документ за удостоверяването й - _____бр.
❑ Разпореждане от НОИ за призната трудова злополука №№ _____
❑ Протокол за ПТП или друг документ от МВР удостоверяващ събитието (при ПТП)
❑ Акт за злополука с пострадал пътник в обществения превоз
❑ Препис извлечение от Акт за смърт
❑ Копие от съобщение за смърт
❑ Аутопсионен протокол
❑ Протокол за химическа експертиза на кръвта
❑ Решение на ТЕЛК/НЕЛК/ЗМК №№ _____
❑ Болнични листа №№ _____
❑ Епикриза за проведено стационарно лечение №№ _____
❑ Амболаторен лист/медицински талон направление, ЛАК - _____ бр.
❑ Рентгенови снимки - _____ бр.
❑ Фактури за медицински услуги и лекарства с фискални бонове №№ _____
❑ Заключение на МВР, прокуратурата, следствието или съда №№_____
❑ Други документи издадени за конкретния случай _____

_____

_____

Упълномощавам лекуващия ми лекар, болнични заведения или работодател да представят пълна информация относно здравословното ми състояние на Застрахователя.

В случай, че застрахователното събитие е настъпило извън територията на Република България, съответните документи удостоверяващи настъпването му се представят като надлежно преведени и легализирани от компетентните за това служби.

Желая сумата да ми бъде изплатена: ❑ с банков превод по сметка: IBAN |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

валута ❑ BGN ❑EUR, при банка _____ като разходите бъдат за моя сметка

Дата на представяне на претенцията:_____ г. Подпис на претендента: _____