

Заявление за застрахователно плащане по семейна застраховка злополука “Моето семейство”

Ако имате нужда от съвет за попълването на настоящата Декларация или как да намерите необходимите документи, моля да се обадите на тел. +359 2 808 26 11 или +359 2 808 26 12

Притежател на полицата:.....
 ЕГН:.....
 Име на застрахования:.....
 ЕГН:.....

Вид настъпило застрахователно събитие:

- Смърт в резултат на злополука
- Пълна Необратима Загуба на Автономност в резултат на злополука
- Пълна Трайна Неработоспособност в резултат на злополука
- Временна Неработоспособност в резултат на злополука
- Хоспитализация в резултат на злополука

Дата на събитието:

Подробно описание на злополуката (обстоятелствата, при които е настъпила):

.....

Заявител

Име на заявителя	
Статус на заявителя	<input type="checkbox"/> Притежател на полицата <input type="checkbox"/> Застраховано лице <input type="checkbox"/> Наследниците по закон на застрахования или официално писмено оторизирано от застрахования лице <input type="checkbox"/> Бенефициент
Телефон	
Адрес за кореспонденция	
И-мейл*	
Банкова сметка	
Подпис	
Дата	

*Ако желаете да получавате информация за всеки получен документ по заведената застрахователна претенция, моля да ни предоставите Вашата електронна поща. С подписването на настоящия документ Вие се съгласявате с това предложение.

<p>Списък с документите*, които трябва да бъдат изпратени заедно с това Заявление в запечатан плик до СОЖЕЛАЙФ България, България, гр.София 1303, район „Възраждане, ул. „Осогово“ № 38-40, сграда „Кристал билдинг“, ет. 4</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ При всяко събитие: <ul style="list-style-type: none"> - застрахователен сертификат - доказателство, че злополуката е причина за състоянието ○ Временна Неработоспособност: <ul style="list-style-type: none"> - медицински документ от болница - лична амбулаторна карта - болнични листове - удостоверение от работодател, че застрахованият е нает на работа ○ Хоспитализация: <ul style="list-style-type: none"> - медицински документ от болница ○ Пълна Необратима Загуба на Автономност или Пълна Трайна Неработоспособност <ul style="list-style-type: none"> - медицински сертификат, попълнен от Вашия лекар; - доказателство, че застрахованият е осъществявал официално регистрирана професия (само за ПТН) - решение на ТЕЛК/НЕЛК, ако има такова; ○ Смърт на застрахованото лице <ul style="list-style-type: none"> - препис-извлечение от Акт за смърт, издаден от съответната община - медицински документ за смърт (Съобщението за смърт), изготвен и попълнен от лекаря, удостоверил смъртта, посочващ причината за смъртта;

*Обръщаме Вашето внимание на факта, че Сожелайф има право да изисква всички други документи, които Застрахователят счита за необходими, в съответствие с член 106 от Кодекса за застраховането.

В срок от 5 дни от получаването на всички документи, изброени по-горе Застрахователят трябва да вземе едно от следните решения:

- да приеме претенцията за основателна и да вземе решение за изплащане на застрахователното обезщетение;
- да откаже изплащане на претенцията на база на мотивирано решение.

Когато не са представени всички доказателства по чл.106 от Кодекса за застраховането Застрахователят ще се произнесе по един от горните начини не по-късно от шест месеца от датата на предявяването на претенцията.

Дата:

Подпис на лицето, попълнило и подало заявлението: