



До „ДЗИ – Общо Застраховане” ЕАД

Клон/агенция:

<input type="checkbox"/> Проверено от началник отдел „Плащания и ликвидация” <input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/> Окомплектована претенция	<input type="checkbox"/> Неокомплектована претенция	<input type="checkbox"/> Медицинско становище	<input type="checkbox"/> Липсващи документи	<input type="checkbox"/> За ЦЗМК	<input type="checkbox"/> Одобрено	<input type="checkbox"/> Отказано	<input type="checkbox"/> За плащане	<input type="checkbox"/> Плащане потвърдено
Дата окомплектоване		<input type="checkbox"/> Специална ликвидация		Обработка на претенция			Дата на плащане	
Док. проверка					Плащане			

ПРЕТЕНЦИЯ

№..... /г.

ЗА ИЗПЛАЩАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНА СУМА ПО ЗАСТРАХОВКА
Групова Застраховка Злополука VIVACare
ЗАСТРАХОВАТЕЛЕН ДОГОВОР №.....

ОТ, ЕГН.....
(трите имена на правоимащото лице)

Адрес: гр./с.

Предявявам/е претенция/и за изплащане на застрахователна сума за:
1.....

Други

Дата на събитието г.

Място, причини и обстоятелства за настъпване, свидетели

Оказана медицинска помощ от:
(здравно заведение оказало медицинската помощ, лекар)

Сумите да бъдат преведени по

IBAN | _____

BIC код | _____

Прилагам следните документи:

Застрахователна полица/служебна бележка

Документи приложени за съответната щета:

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....

Други

Дата:

Подпис:

Получих копие от заведената претенция и списък на необходимите документи и удостоверявам, че информацията съдържаща се в нея е вярна.....

(име, подпис, дата)



До „ДЗИ – Общо Застраховане“ ЕАД

Клон/агенция:

Допълнително представени документи:	На дата	Подпис

Претенцията е заведена от служител на „ДЗИ – Общо Застраховане“ ЕАД

.....

(име, подпис)

Информация за претенцията може да получите на тел:.....