

Internal

Формуляр за обявяване на щета / *Claim notification form*

(Медицински разходи / *Medical Expenses*)

Номер на полица / <i>Policy number:</i>	
Номер на щета / <i>Claim number:</i>	

1. Данни за засегнатото лице / *Details of Claimant*

Име и фамилия / <i>Name and surname:</i>	
Адрес / <i>Address:</i>	
Град, пощ.код / <i>Town, postal code:</i>	
Дата на раждане / <i>Date of birth:</i>	
Телефонен номер / <i>Telephone number:</i>	
Ел. поща / <i>E-mail:</i>	

Имате ли друга застраховка или здравна карта (ЕЗОК)? / <i>Do you have other medical insurance or health card (EHIC)?</i>	
Да / <i>Yes:</i>	моля опишете застраховката:
Не / <i>No:</i>	

2. Данни за заболяването и пътуването / *Illness and Travel details*

Начална дата на пътуването / <i>Trip start date:</i>	
Крайна дата на пътуването / <i>Trip end date:</i>	

Адрес на пребиваване в момента на заболяването/инцидента / <i>Address at the time of the illness or accident:</i>

Имахте ли налични заболявания в началото на пътуването? Ако да, какви? <i>Have you ever had an illness occurred prior to the start of the trip? If yes, please specify type of the illness?</i>

Кога забелязахте първоначалните признаци на заболяването, за което желаете да бъдат признати разходите? <i>When have you noticed the first onset of symptoms of the illness for which you would like to be reimbursed?</i>

Какви оплаквания имаште? Каква диагноза Ви е била поставена? <i>What kind of symptoms did you have? What was the diagnosis stated?</i>

Обща стойност на разходите / валута: <i>The amount of incurred costs / currency:</i>		Начин на плащане: <i>Payment method:</i>	
---	--	---	--

Вид разход: <i>Cost description:</i>					
Сума: <i>Amount:</i>					

3. Застрахователното обезщетение да се преведе на / *The insurance compensation shall be paid to*

IBAN:		BIC / SWIFT:	
Титуляр на сметката / <i>Account holder:</i>			
Валута / <i>Currency:</i>		Банка / <i>Bank:</i>	
Адрес / <i>Address:</i>			
Град, пощ.код / <i>Town, postal code:</i>			

4. За обработка на щетата, моля представете / *In order to handle the claim, please provide*

Удостоверение за застраховката (полица) / *Insurance certificate (policy);*

Потвърждение на резервацията / *Booking confirmation document*;
Оригинални медицински документи свързани с лечението / *Original medical documents relevant to the treatment*;
Оригинални платежни документи свързани с направените разходи / *Original payment documents about the expenses* ;
Други съотносими документи при поискване от застрахователя / *Other relevant documents upon request by the insurer*

Дата, място / Date, place:

Подпис / Signature: