

Формуляр за обявяване на щета / *Claim notification form*

(Прекъсване на пътуване/Отделно връщане / *Trip Interruption/Extra Return Travel*)

Номер на полица / *Policy number:*

Номер на щета / *Claim number:*

За да обработим Вашата заявка имаме нужда от следната информация / *We would need the following data:*

1. Данни за пътуването / *Trip details*

Място, където е направена резервацията, адрес / *Place where the trip reservation was concluded, address:*

Име на тур. агенция или доставчик на тур. услуга / *Travel agency or Travel service supplier name:*

Сума на разходите за прекъсване на пътуването / *Trip interruption costs:*

Дата на резервиране/покупка на пътуването / *Trip booking/purchase date:*

Дата на прекъсване на пътуването / *Trip interruption date:*

Начална дата на пътуването / *Trip start date:*

Първоначално планирана крайна дата на пътуването / *Original trip end date:*

Цел на пътуването / *Trip purpose:*

2. Клиент, чието пътуване е било прекъснато / *Client whose trip was interrupted*

Име и фамилия / *Name and surname:*

Адрес / *Address:*

Град, пощ.код / *Town, postal code:*

Дата на раждане / *Date of birth:*

Телефонен номер / *Telephone number:*

Ел. поща / *E-mail:*

Имате ли друга застраховка покриваща прекъсване на пътуване? / *Do you have other trip interruption insurance?*

Да / *Yes:* Моля, опишете накратко:

Не / *No:*

3. Заявление за упълномощаване / *Declaration of attorney:*

Наясно съм, че застрахователят трябва да провери посочените данни, за да прецени, дали е длъжен да заплати застрахователно обезщетение, за което претендирам. За тази цел освобождавам представителите на лекарските професии или болнични заведения, посочени в представените от мен документи или участвали в медицинското лечение, от задължението да пазят тайна, дори и след моята смърт. Ако лечението е било извършено преди сключване на застраховката, то декларацията важи само за данни, които са необходими за оценка на задълженията на застрахователя. / *I'm aware that the insurer must examine the data to determine whether it is obliged to pay the claimed insurance compensation. For that purpose I release the representatives of the medical profession or hospitals listed in the submitted documents or participating in medical treatment, from the obligation to secrecy even after my death. If treatment took place before the insurance, the declaration only applies to data that is necessary for the assessment of the insurer's liability*

Дата, място / *Date, place:*

Подпис / *Signature:*

4. Причина за прекъсване на пътуването / *Reason for the trip curtailment*

Каква е причината за прекъсване на пътуването? / *What was the reason for the trip curtailment?*

Моля, опишете разходите/услугите обект на претенцията / <i>Please describe the expenses/services subject of the claim</i>

5. При прекъсване на пътуването поради здравословни причини / *If trip interruption is due to health issues:*

Поставена диагноза / <i>Designation of diagnosis:</i>			
Дата на настъпване на болестта? / <i>Date when the disease occurred? :</i>			
Дата на която е била потърсена медицинска помощ? <i>Date when you called for medical help? :</i>			
Извънболнично лечение / <i>Outpatient treatment:</i>	От / <i>From:</i>	До / <i>To:</i>	
Болнично лечение / <i>Inpatient treatment:</i>	От / <i>From:</i>	До / <i>To:</i>	
Кога за първи път лекарят е бил запитан, дали пътуването трябва да бъде прекратено?: <i>When was the first time the doctor was asked whether the journey has to be interrupted?:</i>			
Каква е била преценката му? / <i>What was his judgment? :</i>			
Лицето лекувало ли се е преди от същото или сходно заболяване?: <i>Has the patient undertook treatment for the same or similar illness before?:</i>			

6. Декларация / *Declaration*

Декларирам, че данните ми са пълни и отговарят на истината. Наясно съм, че обявяването на невярна информация води до загуба на застрахователно покритие. / *I declare that my data are complete and truthful. I am aware that the announcement of false information leads to loss of insurance coverage*

<u>Дата, място / <i>Date, place:</i></u>	<u>Подпис / <i>Signature:</i></u>

7. 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>	

<u>Дата, място / <i>Date, place:</i></u>	<u>Подпис / <i>Signature:</i></u>

8. За обработка на щетата, моля представете: / *In order to process your claim, please provide:*

Документ за потвърждение на резервацията за пътуване / *Travel Booking confirmation document;*
 Документи удостоверяващи направените разходи / *Claimed expenses documents (receipts, invoices or other);*
 Документи, удостоверяващи причината за прекъсване / *Documents certifying the reason for the trip interruption;*
 Медицински документи (напр.епикриза, болничен лист и др.) / *Medical documents (e.g. medical records, etc.)*
 Други съотнесими документи при поискване от застрахователя / *Other relevant documents upon request by the insurer*