



МЕДИЦИНСКО УДОСТОВЕРЕНИЕ ОТ ЛИЧНИЯ/ЛЕКУВАЩИЯ ЛЕКАР

във връзка със състояние на временна неработоспособност или невъзможност за посещаване
учебните занятия вследствие
от ЗЛОПОЛУКА

Настоящото удостоверение се попълва в случай на временна неработоспособност или невъзможност за посещаване на учебни занятия вследствие на злополука и на лица, на които не могат да бъдат издадени болнични листове за същата злополука. Удостоверението ще послужи пред „Групама застраховане“ ЕАД за целите на урежда на застрахователните претенции.

Данни за застрахованото лице:	
Три имена:	ЕГН/ЛНЧ:
Адрес за кореспонденция:	
Информация за злополуката довела до реализирането на неработоспособността или невъзможността за посещаване на учебни занятия	
Дата и място на злополуката:	
Оказана медицинска помощ в хронологична последователност (дата / лечебно заведение- име и град / код на диагноза по МКБ 10):	
Подробно описание на увреждането/уврежданията в резултат на злополуката, довели до реализирането на неработоспособността или невъзможността за посещаване на учебни занятия:	
Окончателна диагноза:	

Срок на състояние на временна неработоспособност или невъзможност за посещаване на учебните занятия

Начало на състоянието:	
Очакван край на състоянието (възстановяване):	
Общо календерни дни очаквана продължителност на състоянието:	

Декларирам истинността и изчерпателността на посочените по-горе данни

Лекар имена и специалност:	УИН: Тел:
----------------------------	--------------



Подпис и печат: