

ИСКАНЕ ЗА ПОЛУЧАВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ОБЕЗЩЕТЕНИЕ

по застраховка „Заболяване“

Входящ № _____

Застраховано лице
Служител / Член семейство - /Моля подчертайте вярното/
Вид застраховка: „Злополука“ / „Заболяване“ /Моля подчертайте вярното/
По застрахователна полица № Валидна от до
ЕИК/ЕГН: тел./факс GSM: e-mail:
Адрес: гр. ул./жк., №, бл., вх., ет., ап.
Месторабота:
IBAN: BIC:
Размер на претенцията: лв. Застраховано лице:
/подпис/

Уважаеми господо, моля да ми бъдат
заплатени сумите за:

- лекарства;
- прегледи и изследвания;
- болнично лечение;
- стоматологично лечение;
- санаториално лечение;
- други.

Прилагам следните документи:

- амбулаторен лист /..... бр./;
- епикриза /..... бр./;
- рецептурна бланка /..... бр./;
- оригинална фактура /..... бр./;
- оригинален фискален бон/платежно нареждане /..... бр./;
- други /..... бр./.

Декларирам, че информацията, дадена от мен по-горе, е вярна и пълна и давам съгласието си „Зад ДаллБогг: Живот и Здраве“ АД да я използва във връзка с процедурите и администрирането на претенцията за застрахователно обезщетение. Известно ми е, че за посочени неверни данни нося наказателна отговорност съгласно Наказателния Кодекс.

Дата:

Град:

Застрахован или негов представител:
/подпис/