

МОЛБА

ЗА ИЗПЛАЩАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ОБЕЗЩЕТЕНИЕ ПО ЗАСТРАХОВКИ „ЗЛОПОЛУКА, ЗЛОПОЛУКА И ЗАБОЛЯВАНЕ, ПОМОЩ ПРИ ПЪТУВАНЕ, МЕДИЦИНСКА ЗАСТРАХОВКА ЗА ЧУЖДЕНЦИ В БЪЛГАРИЯ“

Име: ЕГН:
Лична карта № Издадена на: от:
Адрес: гр.ул./жк., №, бл., вх., ет., ап.
тел. GSM: e-mail:
В качеството му на: Застрахован Законен представител пълномощен представител, пълномощно №

Във връзка с гореописаното застрахователно събитие, моля на лицето (лицата):

1. ЕГН:
Лична карта № Издадена на: от:
Адрес: гр.ул./жк., №, бл., вх., ет., ап.
тел. GSM: e-mail:
В качеството му на: Застрахован Законен представител пълномощен представител, пълномощно №

Моля, полагащото се застрахователно обезщетение да бъде изплатено:

IBAN: BIC: при Банка:

Опис на представените документи:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> застрахователна полица | <input type="checkbox"/> копие от здравна или амбулаторна книжка |
| <input type="checkbox"/> служебна бележка от работодателя | <input type="checkbox"/> рентгенови снимки бр. |
| <input type="checkbox"/> акт за злополука / удостоверение за настъпила злополука | <input type="checkbox"/> фактури с касови бележки за направени медицински разноси |
| <input type="checkbox"/> декларация за трудова злополука | <input type="checkbox"/> становище на лекуващия лекар |
| <input type="checkbox"/> разпореждане на НОИ | <input type="checkbox"/> сведение за временна нетрудоспособност |
| <input type="checkbox"/> протокол за настъпило ПТП | <input type="checkbox"/> болнични листове бр. |
| <input type="checkbox"/> амбулаторни листове | <input type="checkbox"/> рецепти за медикаменти |
| <input type="checkbox"/> епикризи бр. | <input type="checkbox"/> други |

Уведомен съм, че трябва да представя следните допълнително поискани ми от застрахователя документи:

1.
2.
3.
4.
5.

Дата:

Град:

.....
/подпис/