

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: Застраховано лице:
/подпис/

Уважаеми господа, 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/