



# МОЛБА

## ЗА ИЗПЛАЩАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ОБЕЗЩЕТЕНИЕ ПО ЗАСТРАХОВКА „ЗЛОПОЛУКА“

От: ..... ЕГН/ЕИК:

Лична карта № ..... Издадена на: ..... от: .....

Адрес: гр. .... ул./жк. .... № ....., бл. ...., вх. ...., ет. ...., ап. ....

тел./факс ..... GSM ..... e-mail: .....

В качеството ми на:  Застрахован  Законен представител (наследник)  Упълномощен представител, пълномощно № .....

### ВЪВ ВРЪЗКА С ГОРЕОПИСАНОТО ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ, МОЛЯ, НА ЛИЦЕТО (ЛИЦАТА):

1. .... ЕГН/ЕИК:

Лична карта № ..... Издадена на: ..... от: .....

Адрес: гр. .... ул./жк. .... № ....., бл. ...., вх. ...., ет. ...., ап. ....

тел./факс ..... GSM ..... e-mail: .....

В качеството му на:  Застрахован  Законен представител (наследник)  Упълномощен представител, пълномощно № .....

2. .... ЕГН/ЕИК:

Лична карта № ..... Издадена на: ..... от: .....

Адрес: гр. .... ул./жк. .... № ....., бл. ...., вх. ...., ет. ...., ап. ....

тел./факс ..... GSM ..... e-mail: .....

В качеството му на:  Застрахован  Законен представител (наследник)  Упълномощен представител, пълномощно № .....

### ДА БЪДЕ ИЗПЛАТЕНО ПОЛАГАЩОТО СЕ ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ОБЕЗЩЕТЕНИЕ:

В брой  По банкова сметка: IBAN: ..... BIC: .....

при Банка: ..... Клон: .....

### ОПИС НА ПРЕДСТАВЕНИТЕ ДОКУМЕНТИ:

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

### УВЕДОМЕН СЪМ, ЧЕ ТРЯБВА ДА ПРЕДСТАВЯ СЛЕДНИТЕ ДОПЪЛНИТЕЛНО ПОИСКАНИ МИ ОТ ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ ДОКУМЕНТИ:

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....

Дата: .....

Подпис: .....