

Заявление за изплащане на застрахователни суми и обезщетения по застраховка „Помощ при пътуване“

Входящ номер:

Дата:

Вид на настъпилото застрахователно
събитие

Злополука Заболяване

Заявител

Застраховано лице (ако е различно от заявителя)

Име по документ за самоличност:

Име по документ за самоличност:

ЕГН

Адрес

ЕГН

Адрес

Мобилен телефон

Email

Мобилен телефон

Email

В качеството ми на:

застрахован представител/родител
 наследник

застрахователна полица №

Извършените разходи в размер на

са дължими на:

BGN EUR USD

лечебното заведение

заявителя

застрахования

друг

Банкова сметка

IBAN

SWIFT code

Банка

Валута

Дата на събитието

Място на събитието

Информация за събитието:

(подробно описание на причините и
обстоятелствата, при които е настъпило
застрахователното събитие)

Прилагам следните документи

- | | | | | |
|--|----------------------|---|----------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> Застрахователна полица | | <input type="checkbox"/> Медицински документи | <input type="text"/> | бр. |
| <input type="checkbox"/> Рецепта за медикаменти | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Епикризи | <input type="text"/> | бр. |
| <input type="checkbox"/> Разходни документи – оригинал | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Извлечение от акт за смърт | | |
| <input type="checkbox"/> Удостоверение за банкова сметка | | <input type="checkbox"/> Самолетен билет | | |
| <input type="checkbox"/> Други | <input type="text"/> | | | |

Декларирам, че по време на събитието:

- нямам имам друга валидна застраховка, която покрива същите рискове

Застрахователна компания

Застрахователна полица №

Застрахователна сума

Предпочитан начин на комуникация:

- E-mail Посоченият адрес

Приел

Заявител (подпис)

Подпис

Дата на приемане

Дата на заявление
