

## 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)

ЗАД Алианц България

## 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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_