

# ЗАЯВЛЕНИЕ

за изплащане на суми и обезщетения

До  
 ЗАД Алианц България Живот  
 Генерално представителство / Представителство гр. .... код .....

1. От .....

Лични данни л.к. / л.п. .... изд. .... ЕГН ..... Сем. положение.....

Адрес ..... Телефон .....

E-mail .....

Банкова сметка IBAN: ..... Валута: ..... BIC: .....

Банка: ..... Клон: .....

Адрес на банката: \* .....

2. От .....

Лични данни л.к. / л.п. .... изд. .... ЕГН ..... Сем. положение.....

Адрес ..... Телефон .....

E-mail .....

Банкова сметка IBAN: ..... Валута: ..... BIC: .....

Банка: ..... Клон: .....

Адрес на банката: \* .....

**(Информацията, отбелязана със знака \* се изисква винаги, когато се посочва банкова сметка в чужда валута)**

В качеството ми/ни/ на  застраховано лице  ползващо/и/ се лице/а/  застраховач по застраховката със застрахователна полица № ..... заявявам/е/, че желая/ем/ да ми/ни/ бъде изплатена

застрахователната сума  застрахователно обезщетение  откупна стойност  друго: .....

Дата на събитието: ..... Обстоятелства, при които е настъпило застрахователното събитие (посочете по-подробно): .....

В подкрепа на претенцията прилагам/е/ следните документи:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Застрахователна полица № .....                 | <input type="checkbox"/> Медицинско свидетелство за смърт               |
| <input type="checkbox"/> Болнични листове: ..... бр.                    | <input type="checkbox"/> Удостоверение за наследници                    |
| <input type="checkbox"/> Личен амбулаторен картон                       | <input type="checkbox"/> Препис-извлечение от акт за смърт              |
| <input type="checkbox"/> Амбулаторни листове: ..... бр.                 | <input type="checkbox"/> Протокол за ПТП                                |
| <input type="checkbox"/> Епикризи: ..... бр.                            | <input type="checkbox"/> Декларация за трудова злополука                |
| <input type="checkbox"/> Рентгенови снимки: ..... бр.                   | <input type="checkbox"/> Протокол от разследването на трудова злополука |
| <input type="checkbox"/> Фактури: ..... бр. с касови бележки: ..... бр. | <input type="checkbox"/> Разпореждане на НОИ за трудова злополука       |
| <input type="checkbox"/> Протокол на ЛКК                                | <input type="checkbox"/> Други: .....                                   |
| <input type="checkbox"/> Решение на ТЕЛК/НЕЛК                           | .....   |
| <input type="checkbox"/> Служебна бележка                               | .....   |

Съгласен/и/ съм/сме/ Застрахователят да разкрива личните ми/ни/ данни и друга допълнителна информация на Алианц България Холдинг и на дъщерните му дружества, както и те да бъдат използвани от тяхно име или от името на Застрахователя за целите на директния маркетинг. Уведомен/и/ съм/сме/ за правото си да възразя/им/ срещу такова разкриване и използване на личните ми/ни данни и ми/ни/ е предоставена възможност за възражение срещу това.

Дата: ..... Подпис: 1. ....

2. ....

Приел: .....

Дата: ..... Подпис: .....

