

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:

