

ИСКАНЕ за извършване на застрахователно плащане

Застрахователен договор №

I. Попълва се от застрахования или от ползващото лице за други рискове:

.....

/трите имена, ЕГН/

Във връзка с настъпилото на (дата:) застрахователно събитие, довело до следния покрит риск:

- Дневно плащане за болничен престой в резултат на злополука
- Трайно намалена или загубена работоспособност в резултат на злополука
- Настъпване и диагностициране за първи път на критично заболяване
- Временна неработоспособност в резултат на (трудова) злополука
- Временна неработоспособност в резултат на професионална болест или общо заболяване
- Хирургическо лечение в резултат на злополука
- Медицински разходи в резултат на злополука

моля да бъде извършено застрахователно плащане по личната ми банкова сметка:

банка:

BIC:; IBAN:

II. Попълва се от ползващите лица (в случай, че ползващото лице е непълнолетно – от законния му представител):

Във връзка с настъпилата смърт на застрахования:

.....

/трите имена, ЕГН/

моля да бъде извършено застрахователно плащане по личната ми банкова сметка:

1.

/трите имена, ЕГН/

банка:

BIC:; IBAN:

2.

/трите имена, ЕГН/

банка:

BIC:; IBAN:

3.

/трите имена, ЕГН/

банка:

BIC:; IBAN:

Към настоящото Искане са приложени следните документи
(моля, отбележете само документите, които прилагате):

Покрити рискове по застраховка „Живот“ и застраховка „Злополука“:					
Дневно плащане за болничен престой в резултат на злополука	Трайно намалена или загубена работоспособност в резултат на злополука	Временна неработоспособност в резултат на злополука/ Временна неработоспособност в резултат на професионална болест или общо заболяване	Медицински разходи в резултат на злополука	Хирургическо лечение в резултат на злополука	Смърт на застрахования в резултат на заболяване или злополука
<input type="checkbox"/> Епикриза/и броя	<input type="checkbox"/> Експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК №	<input type="checkbox"/> болничен лист или друг медицински документ, удостоверяващ временната неработоспособност	<input type="checkbox"/> Рецепти (.....броя) <input type="checkbox"/> Епикриза/иброя	<input type="checkbox"/> Епикриза/иброя	<input type="checkbox"/> Препис-извлечение от акта за смърт
<input type="checkbox"/> Сведение за настъпила злополука	<input type="checkbox"/> Епикриза/и броя	<input type="checkbox"/> Епикриза/и броя	<input type="checkbox"/> Оригинални разходни документи (фактура/и и касова/и бележка/и)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Съобщение за смърт
<input type="checkbox"/> Декларация за настъпила трудова злополука	<input type="checkbox"/> Сведение за настъпила злополука	<input type="checkbox"/> Сведение за настъпила злополука	<input type="checkbox"/> Сведение за настъпила злополука	<input type="checkbox"/> Сведение за настъпила злополука	<input type="checkbox"/> Удостоверение за наследници
<input type="checkbox"/> Разпореждане на НОИ за трудовата злополука	<input type="checkbox"/> Декларация за настъпила трудова злополука	<input type="checkbox"/> Декларация за настъпила трудова злополука	<input type="checkbox"/> Декларация за настъпила трудова злополука	<input type="checkbox"/> Декларация за настъпила трудова злополука	<input type="checkbox"/> Копия на документите за самоличност на ползващите лица
<input type="checkbox"/> Рентгенова снимка:	<input type="checkbox"/> Разпореждане на НОИ за трудовата злополука	<input type="checkbox"/> Разпореждане на НОИ за трудовата злополука	<input type="checkbox"/> Разпореждане на НОИ за трудовата злополука	<input type="checkbox"/> Разпореждане на НОИ за трудовата злополука	<input type="checkbox"/> Сведение за настъпила злополука
<input type="checkbox"/> Други (опишете):	<input type="checkbox"/> Други (опишете):	<input type="checkbox"/> Други (опишете):	<input type="checkbox"/> Други (опишете):	<input type="checkbox"/> Други (опишете):	<input type="checkbox"/> Други (опишете):
Покрит риск по застраховка „ Критично заболяване“:			Опис на представените медицински документи:		
Настъпване и диагностициране за първи път на критично заболяване				

Адрес за кореспонденция на ползващото лице:

Телефони:

Дата:
гр.

I. ЗАСТРАХОВАН:
/подпис/

II. ПОЛЗВАЩИ ЛИЦА:

1.
/подпис/

2.
/подпис/

3.
/подпис/