

## 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
- Трайно намалена или загубена работоспособност в резултат на професионална болест и/или общо заболяване
- 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/ Трайно намалена или загубена работоспособност в резултат на професионална болест и/или общо заболяване	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/и .....броя	<input type="checkbox"/> Епикриза/и .....броя	<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/