

**Алианц България Живот**

Застрахователно акционерно дружество

адрес: 1527 София, бул. Княз Дондуков 59  
тел/факс: 930 22 00, 943 34 51  
e-mail: life@allianz.bg; www.allianz.bg**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: гр. .... общ. .... ул. .... Телефон.  
.....Банкова сметка IBAN: ..... Валута: ..... BIC:  
.....Банка: ..... Клон:  
.....Адрес на банката: \*.....  
.....

2.

От

.....  
.....Лични данни л.к. / л.п. .... изд. .... ЕГН ..... Сем.  
положение: .....Адрес: гр. .... общ. .... ул. .... Телефон  
.....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/ лице/а/  договорител 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"/> Удостоверение за наследници                          |
| <input type="checkbox"/> Болнични листове: ..... бр.                    | <input type="checkbox"/> Препис-извлечение от акт за смърт № ..... дата ..... |
| <input type="checkbox"/> Личен амбулаторен картон                       | <input type="checkbox"/> Протокол за ПТП                                      |
| <input type="checkbox"/> Амбулаторни листове: ..... бр.                 | <input type="checkbox"/> Декларация за трудова злополука                      |
| <input type="checkbox"/> Епикризи: ..... бр.                            | <input type="checkbox"/> Протокол от разследването на трудовата злополука     |
| <input type="checkbox"/> Рентгенови снимки: ..... бр.                   | <input type="checkbox"/> Разпореждане на НОИ за трудова злополука             |
| <input type="checkbox"/> Фактури: ..... бр. с касови бележки: ..... бр. | <input type="checkbox"/> Други: .....   |
| <input type="checkbox"/> Протокол на ЛКК                                | .....   |
| <input type="checkbox"/> Решение на ТЕЛК/НЕЛК                           | .....   |
| <input type="checkbox"/> Служебна бележка                               | .....   |
| <input type="checkbox"/> Сведение за настъпила злополука                | .....   |

Дата: .....  
.....

Подпис: 1

2. ....

Приел: .....

Дата: .....  
.....

Подпис: