

ДО:
„ЗД ЕВРОИНС“ АД
гр. София, бул. „Христофор Колумб“ № 43

МОЛБА

ОТ: _____
(Име, Презиме, Фамилия)

ЕГН/ЛНЧ _____

ЗН _____

Уважаема/и госпожо/господине,

Долуподписаният/ата, _____
(Име, Презиме, Фамилия)

изразявам изричната си воля и моля, в случай, че предявената от мен претенция на _____ г.
(Дата на депозиране на документите)

за извършени разходи за здравни стоки и/или услуги в размер на _____ лв.

/словом: _____ / бъде уважена,

„ЗД ЕВРОИНС“ АД да изплати определеното застрахователно обезщетение по банкова сметка на

(Име, Презиме, Фамилия)

със следните данни:

банка: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Титуляр на сметката: _____

ЕГН на титуляр: _____

Дата: _____ г.

С уважение:

Град: _____

(Име, Фамилия и подпис)