

ДО:  
**„ЗДЕВРОИНС“ 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)