

ИСКАНЕ

ЗА ЗАВЕЖДАНЕ НА ПРЕТЕНЦИЯ ЗА ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА РАЗХОДИ ЗА ЗДРАВНИ СТОКИ И/ИЛИ УСЛУГИ ПО МЕДИЦИНСКА ЗАСТРАХОВКА ОТ:

входящ №: _____

от дата: _____

място: _____

Заявител/застраховач: _____,
 ЕГН _____, адрес: _____,
 тел.: _____, e-mail: _____.

Застраховано лице: _____,
 ЕГН _____, адрес: _____,
 Застр. (персонален) № _____ тел.: _____, e-mail: _____.

Застрахователна полица № _____, валидна до _____.

 Индивидуална
 Групова

 Семейна

 Клауза: Здраве Здраве +

 Клауза: А / Стандарт Lux / Премиум

Претендирам да ми бъдат възстановени извършени разходи за здравни стоки и/или услуги, като представям следните документи за: (отбелязва се с)

<input type="checkbox"/> здравни стоки:	<input type="checkbox"/> медицински прегледи:	<input type="checkbox"/> медицински изследвания и процедури:	<input type="checkbox"/> болнично лечение:	<input type="checkbox"/> дентална помощ:
<input type="checkbox"/> Документ за извършен преглед и/или амбулаторен лист №/.....201.... №/.....201.... <input type="checkbox"/> Епикриза (при престой в болница и назначени лекарства) <input type="checkbox"/> Резултати от проведени изследвания <input type="checkbox"/> Разчитания от образна диагностика (в случай че е назначена) <input type="checkbox"/> Копие на рецептурна книжка и рецептурна бланка (образец на НЗОК) <input type="checkbox"/> Рецепта оригинал бр. <input type="checkbox"/> Фактура оригинал бр. <input type="checkbox"/> Фискален бон оригинал бр. <input type="checkbox"/> Други (опишете)	<input type="checkbox"/> Документ за извършен преглед и/или амбулаторен лист №/.....201.... <input type="checkbox"/> Фактура оригинал бр. <input type="checkbox"/> Фискален бон оригинал бр. <input type="checkbox"/> Други (опишете)	<input type="checkbox"/> Документ за извършен преглед и/или амбулаторен лист №/.....201.... <input type="checkbox"/> Искане/направление за изследване <input type="checkbox"/> Резултати от проведени изследвания <input type="checkbox"/> Разчитания от образна диагностика (в случай че е назначена) <input type="checkbox"/> Картон с назначени физиотерапевтични процедури <input type="checkbox"/> Фактура оригинал бр. <input type="checkbox"/> Фискален бон оригинал бр. <input type="checkbox"/> Други (опишете)	<input type="checkbox"/> Епикриза от болница <input type="checkbox"/> Епикриза от санаториум <input type="checkbox"/> Резултати от проведени изследвания <input type="checkbox"/> Разчитания от образна диагностика (в случай че е назначена) <input type="checkbox"/> Декларация за избор на екип <input type="checkbox"/> Фактура оригинал бр. <input type="checkbox"/> Фискален бон оригинал бр. <input type="checkbox"/> Други (опишете)	<input type="checkbox"/> Документ за извършен преглед и/или амбулаторен лист №/.....201.... <input type="checkbox"/> Документ с определен пълен зъбен статус при първо посещение на стоматолог <input type="checkbox"/> Панорамна зъбна снимка <input type="checkbox"/> Сегментни зъбни снимки <input type="checkbox"/> Фактура оригинал бр. <input type="checkbox"/> Фискален бон оригинал бр. <input type="checkbox"/> Други (опишете)

Банкова сметка за получаване на застрахователно обезщетение:

IBAN: _____ Банка: _____

Титуляр на банкова сметка: _____

Долуподписаният в качеството си на застрахован/представител на застрахования декларирам, че:

1. Съм запознат с разпоредбите на Общите условия по договора, свързани с/със:

1.1. изискванията към представените документи и доказателства, удостоверяващи направените разходи за здравни услуги и стоки.

1.2. задължението да възстановя на „ЗД ЕВРОИНС“ АД изплатеното ми обезщетение в случай, че ползваните здравни услуги и/или стоки не попадат в договореното застрахователно покритие, превишават договорения лимит и/или са ползвани извън периода на застрахователното покритие.

2. Давам съгласието си:

2.1. „ЗД ЕВРОИНС“ АД да изисква и получава цялата медицинска документация във връзка със здравословното ми състояние (здравословното състояние на малолетното лице, от чието име съм попълнил настоящото искане) от всички лица, съхраняващи такава информация, включително съгласно Закона за лечебните заведения, Закона за здравното осигуряване и Закона за здравето.

2.2. да получавам кореспонденцията, свързана с предявената от мен претенция в онлайн досието ми на интернет страницата на застрахователя.

3. Във връзка със същото застрахователно събитие:

е получено предстои да бъде получено обезщетение от _____ в размер на _____

е предявена ще бъде предявена претенция и в _____

не е получено и не предстои да бъде получено обезщетение от друга институция (застраховател, здравна каса и други)

не е предявена и няма да бъде предявена претенция и в друга институция (застраховател, здравна каса и други)

Дата: _____ .201__ г.

Заявил: _____ (име и фамилия) _____ (подпис)