

## ЗАЯВЛЕНИЕ ЗА ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА МЕДИЦИНСКИ РАЗХОДИ

ЗАДЪЛЖИТЕЛНО Е ВСИЧКИ ПОЛЕТА ПО-ДОЛУ ДА БЪДАТ ПОПЪЛНЕНИ. МОЛЯ, ПИШЕТЕ ЧЕТЛИВО И С ПЕЧАТНИ БУКВИ.

СЕКЦИЯ А. ОСНОВНО ЗАСТРАХОВАНО ЛИЦЕ:		
Име, презиме, фамилия (на кирилица и на латиница):		Работодател:
No на полица:	No: за застрахованото лице от картата	Email:
Настоящ адрес по местоживеене, вкл. държава:		Телефон (мобилен и стационарен):
СЕКЦИЯ Б. ИНФОРМАЦИЯ ЗА ЗАСТРАХОВАНОТО ЛИЦЕ/ ПАЦИЕНТА (моля отбележете за кого са направените разходи):		
<input type="checkbox"/> Основно застраховано лице <input type="checkbox"/> Мъж <input type="checkbox"/> Жена ЕГН: _____ <input type="checkbox"/> Семейен <input type="checkbox"/> Несемеен Държава по местоживеене: _____		<input type="checkbox"/> Членове на семейството: <input type="checkbox"/> Партньор <input type="checkbox"/> Дете <input type="checkbox"/> Мъж <input type="checkbox"/> Жена    ЕГН: _____ Име: _____ Държава по местоживеене: _____
СЕКЦИЯ В. ИНФОРМАЦИЯ ЗА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ ИСК		
Дата на диагностициране на болестта или настъпване на злополуката:		Събитието свързано ли е с бременност? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не Дата на термина: _____
Опишете проблема, симптомите, оплакванията или диагнозата:		
Поставена диагноза от лекуващ лекар по МКБ или резултати от визитата:		
Имали ли сте диагноза или лечение за същото състояние преди? Ако да, дайте информация за дати на изследвания, назначено лечение, предписани лекарства и координати на лекуващ лекар/ болнично заведение.		
Дължи ли се злополуката или болестта на едно от изброените по-долу: а. Професия/ занятие? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не б. Пътно-транспортно произшествие? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не в. Какъвто и да е вид злополука? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не Ако да, моля дайте подробна информация за злополуката: _____ _____ _____		Застрахованото лице/ Пациентът има ли друг вид действаща застраховка или осигуровка? Ако да, моля дайте точна информация за вида застраховка и застрахователя/ осигурителя. _____ _____ _____
ИНФОРМАЦИЯ ЗА ЛЕКУВАЩ ЛЕКАР/ ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ:		
Доктор, отделение, болница:		Телефон (стационарен и мобилен):
Адрес, вкл. държава и град:		
e-mail на болницата (ако има такъв):		

