

за предварително одобрение

ДА СЕ ИЗПРАТИ НА ЗЕАД “БУЛСТРАД ЖИВОТ ВИЕНА ИНШУРЪНС ГРУП” ЕАД:

E-mail: premium@bulstradlife.bg; факс: +359 2 915 30 50; Телефон: +359 2 401 4000

НЕОБХОДИМО Е ПОПЪЛВАНЕТО НА ВСИЧКИ ПОЛЕТА, ЗА ДА БЪДЕ РАЗГЛЕДАНА МОЛБАТА.

Ако нямате спешен медицински случай така, както е дефиниран според условията на полицата Ви, необходимо е да изчакате писмено одобрение от ЗЕАД “БУЛСТРАД ЖИВОТ ВИЕНА ИНШУРЪНС ГРУП” ЕАД, преди да ползвате исканото медицинско лечение или услуга. В противен случай може да се наложи да заплатите част от сумата за лечение или застрахователят може да откаже възстановяване на направените разходи.

А. ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА	
Име (Лично, бащино, фамилно):	
*Моля, изпишете името си на кирилца и латиница, както е по документ за самоличност.	
Номер на полицата:	ЕГН:
Email:	Телефонен номер:
Диагноза по МКБ, съгласно направление за хоспитализация, симптом или оплакване (медицинска обосновка за исканата процедура):	
Налага ли се операция на пациента: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	
Приет ли е/ ще бъде ли приет пациентът в болница? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не Ако да, очакван брой дни/ престой:	
Назначено (препоръчано) лечение/ операция:	
Очаквана дата на процедурата или приемане за хоспитализация (ДД/ММ/ГГ):	
Начин на раждане (при бременни): <input type="checkbox"/> вагинално <input type="checkbox"/> с цезарово сечение	
Очаквани разходи за престой в болничното заведение: Валута:	Очаквани разходи за лекар/ хирург: Валута:
Име на болницата и адрес, вкл. град и държава:	Данъчен номер (за болниците в САЩ):
Дата на настъпване на нараняването, заболяването или злополуката (ДД/ММ/ГГ):	
Първа дата на получаване на лечение за това състояние (ДД/ММ/ГГ):	
Опишете събитието (ако е необходимо, приложете отделен лист, датиран, подписан и подпечатан):	
Опишете предишни лечения, получени за това състояние, ако има такива, вкл. дати (напр. лекарства, консултации, операции, хоспитализации):	
Б. ИНФОРМАЦИЯ ЗА ЛЕКУВАЩИЯ ЛЕКАР	
Име на лекуващия лекар/ хирург:	Данъчен номер (за лекарите в САЩ):
Адрес:	Email:
Телефонен номер:	
МОЛЯ, ПРИЛОЖЕТЕ ВСИЧКИ НАЛИЧНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ И/ ИЛИ ДИАГНОЗИ, КОИТО ДА ДОКАЖАТ МЕДИЦИНСКАТА НЕОБХОДИМОСТ ЗА ТОВА ИСКАНЕ.	
В. ПРЕДУПРЕЖЕНИЕ ЗА ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ИЗМАМА	
Наясно съм, че за декларираните неверни данни и обстоятелства нося наказателна отговорност.	
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не	
_____ Три имена и подпис на лицето, попълнило молбата	
_____ Дата	