

ЗАЯВЛЕНИЕ

за възстановяване на медицински разходи по застраховка „ЗДРАВНА ГРИЖА“

I.a ДАННИ НА ЗАЯВИТЕЛЯ

(застрахован/ законен представител/ родител, лицето заплатило за лечението на застрахования)

име, презиме, фамилия _____	
ЕГН: _____	ЛИЧНА КАРТА No _____ Издадена от МВР- _____ на _____ г.
Адрес (за кореспонденция) гр.(с), ул., No, бл., вх., ет., ап.: _____	
Телефон: _____	E-mail: _____
В качеството си на: <input type="checkbox"/> Застрахован <input type="checkbox"/> Родител <input type="checkbox"/> Законен представител	

I.б ДАННИ НА ЗАСТРАХОВАНИЯ

(лицето ползвало медицински услуги по застрахователната полица, в случай че е различно от заявителя)

име, презиме, фамилия _____	
ЕГН: _____	Осигурителен номер _____

При необходимост от получаване на кореспонденция от Застрахователя, желая да бъда уведомен чрез:

e-mail застрахователен посредник адрес за кореспонденция

*Всички документи, включително допълнително изискваните, следва да се представят/изпратят на адреса на застрахователя: гр. София 1301, ул. Света София 6, на вниманието на отдел „Ликвидация“.

II. ОПИС НА ПРЕДСТАВЕНИТЕ ДОКУМЕНТИ

<input type="checkbox"/> Осигурителна карта - копие	<input type="checkbox"/> Фактури с касови бонове ___ бр	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Епикризи ___ бр.	<input type="checkbox"/> Личен Амбулаторен Картон (ЛИАК) – оригинал / копие	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Амбулаторни листове ___ бр.	<input type="checkbox"/> Удостоверение за банкова сметка	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Рецепти за медикаменти ___ бр.	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

III. РАЗМЕР НА ПРЕТЕНДИРАНАТА СУМА

МЕДИЦИНСКИ РАЗНОСКИ по случая, удостоверени с разходни документи в оригинал в размер на: _____ лв.
Банкова сметка № IBAN: _____

*Давам съгласие личния ми лекар, лечебни заведения и всички други физически/ юридически лица да представят пълна информация относно здравословното ми състояние.

*ИЗВЕСТНО МИ Е, ЧЕ ЗА НЕВЕРНИ ДАННИ НОСЯ НАКАЗАЕЛНА ОТГОВОРНОСТ ПО ЧЛ.33 ОТ НК

Към молбата се присъединяват и:

_____	ПОДПИС _____
_____	ПОДПИС _____

ДАТА: _____ г.

ПОДПИС _____