

ИСКАНЕ ЗА БОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

по групова медицинска застраховка "АЛИАНЦ ЗДРАВЕ"

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ЗАСТРАХОВАНОТО ЛИЦЕ:

Име по документ за самоличност:

ЕГН/ЛНЧ:

ИНУ

Адрес:

Мобилен телефон: Email:

Законен представител/упълномощено лице:

ЕГН/ЛНЧ:

(име по документ за самоличност)

ИНФОРМАЦИЯ ЗА БОЛНИЧНАТА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ:

Диагноза:

МКБ код: .

Клинична пътека/Амбулаторна процедура №

Лечебно заведение за болнична медицинска помощ:

Дата на постъпване за лечение:

(име)

Уважаеми госпожи/господа,

Моля да ми потвърдите, по Здравен модул БОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ, покритие за ползването на следните услуги, извън финансираните от Национална здравноосигурителна каса Клинични пътеки/Амбулаторни процедури:

	Наименование на услугата	Единична стойност	Брой	Обща стойност за услугата
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

ПРИЛАГАМ СЛЕДНИТЕ ДОКУМЕНТИ:

-
-
-
-

С подписване на това искане декларирам, че:

- представената от мен информация е вярна и точна;
- съм запознат със *Съобщението за защитата на личните данни* на застрахователя;
- включените в искането здравни стоки и услуги не са претендирани, възстановени и/или платени от трети лица, в т. ч. застрахователя, други застрахователи и НЗОК.

Заявител: **Гр./с.:**
(име и подпис) **Дата:**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Забележка: Подписи поставят само лицата, навършили 14 г., които да извършват правни действия сами със съгласието на своите родители или попечители. Деца под 14 г. се представляват от своите законни представители - родители или настойници.

ПОПЪЛВА СЕ ОТ ЛЕКУВАЩИЯ ЛЕКАР/ПРЕДСТАВИТЕЛ НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ

Лечебно заведение:
Лекуващ лекар:
Планираната дата на постъпване в лечебното заведение:
Медицинска информация:
.....
.....

За лечебното заведение: **Гр./с.:**
(три имена и подпис) **Дата:**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ПОПЪЛВА СЕ ОТ ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ.

Становище:
.....
.....
.....
.....

За застрахователя: **Гр./с.:**
(три имена и подпис) **Дата:**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--