

ЗАЯВЛЕНИЕ

за изплащане на застрахователно обезщетение при здравно застраховане

ИНУ

От дата

Застрахователното събитие е вследствие на: Заболяване Раждане Злополука Бременност Критично състояние

ЗАЯВИТЕЛ:

Име по документ за самоличност:

.....

ЕГН/ЛНЧ:

Адрес:

.....

Мобилен телефон:

Email:

ЗАСТРАХОВАНО ЛИЦЕ: (ако е различно от заявителя):

Име по документ за самоличност:

.....

ЕГН/ЛНЧ:

Адрес:

.....

Мобилен телефон:

Email:

Застраховач:

В качеството на: Застрахован Законен представител Упълномощено лице

Желая да ми бъдат възстановени разходи за здравни услуги и/или стоки в размер на BGN

БАНКОВА СМЕТКА:

IBAN:

SWIFT code:

Банка:

Валута - BGN

Титуляр: Заявител Застрахован Друг:

ИНФОРМАЦИЯ ЗА СЪБИТИЕТО:

(Подробно описание на причините/обстоятелствата, при които е настъпило застрахователното събитие):

.....
.....

ПРИЛАГАМ СЛЕДНИТЕ ДОКУМЕНТИ: (съответствие на гл.XII т 7.3 от Общи условия по полицата)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Документ за извършен преглед: бр. | <input type="checkbox"/> Амбулаторен лист: бр. |
| <input type="checkbox"/> Декларация за избор на екип | <input type="checkbox"/> Епикриза: бр. |
| <input type="checkbox"/> Рецепта: бр. | <input type="checkbox"/> Разчитане на образна диагностика: бр. |
| <input type="checkbox"/> Опаковки/Стикери от консумативи/ изделия: бр. | <input type="checkbox"/> Медицински картон за наблюдение |
| <input type="checkbox"/> Фактура: бр. с Фискален бон: бр. | <input type="checkbox"/> Рецептурна книжка № |
| <input type="checkbox"/> Процедурен картон за физиотерапия | <input type="checkbox"/> Удостоверение за банкова сметка |
| <input type="checkbox"/> Резултати от изследвания:бр. | <input type="checkbox"/> Пълномощно |
| <input type="checkbox"/> Рентгенови снимки: бр. | <input type="checkbox"/> Декларация от родител |
| <input type="checkbox"/> Секторна/панорамна рентгенова снимка | <input type="checkbox"/> Други: |

Декларирам, че по време на събитието: нямам имам валидна застраховка в друга застрахователна компания, която покрива същите рискове. При отговор „имам“ посочете следното:

Застрахователна компания: Застрахователна сума

Застрахователна полица №

ПРЕДПОЧИТАН НАЧИН НА КОМУНИКАЦИЯ:

E-mail Посоченият адрес Телефон/SMS

Приел/Име/:

Дата на приемане:

Подпис:

Заявител:

Дата на заявление:

