



**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:** ..... дата: .....  
(Име)  
**Подпис:** ..... гр./с.: .....

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)  
**Длъжност:** ..... дата: .....

---

**ПОПЪЛВА СЕ ОТ ЗАСТРАХОВАТЕЛЯ:**

Становище:  
.....  
.....  
.....  
.....

**За застрахователя:** ..... гр./с.: .....  
(три имена и подпис)  
дата: .....