

# ЗАЯВЛЕНИЕ

за изплащане на застрахователно обезщетение при здравно застраховане

ИНУ

От дата: .....

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

ЗАЯВИТЕЛ:

ЗАСТРАХОВАНО ЛИЦЕ: (ако е различно от заявителя):

Име по документ за самоличност:

Име по документ за самоличност:

ЕГН/ЛЧН

ЕГН/ЛЧН

Адрес: .....

Адрес: .....

Мобилен телефон: +359 .....

Мобилен телефон: + 359 .....

Email: .....

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 ..... EUR

БАНКОВА СМЕТКА: IBAN:

SWIFT code:  Банка: ..... Валута - EUR

Титуляр:  Заявител  Застрахован  Друг: .....

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

ПРИЛАГАМ СЛЕДНИТЕ ДОКУМЕНТИ (в съответствие на гл.XIII т 8.2 от Общи условия по полицата):

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

Заявител: .....

Дата на приемане: .....

Дата на заявление: .....

Подпис: .....