

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)

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

