

ЗАЯВЛЕНИЕ
за плащане/възстановяване на разходите
(за Медицинска застраховка)

| | | |
|---|---|-------------------------------------|
| ЗАСТРАХОВАН: | | |
| /трите имена// | | |
| Настоящ адрес: | | |
| ЕГН: | Лична карта | Тел: |
| Професия / длъжност: | Месторабота: | |
| № на полица | № на застрахователната карта | |
| Статут: <input type="checkbox"/> Основно застраховано лице <input type="checkbox"/> Член на семейството | | |
| Моля, отговорете изчерпателно и добросъвестно на следните въпроси, като верния отговор се зачертава /където е необходимо пояснете/: | | |
| Вид застрахователно събитие: | <input type="checkbox"/> злополука | <input type="checkbox"/> заболяване |
| | Час, Дата и Място на злополуката: | Дата на диагностициране на болестта |
| Събитието, свързано ли е с бременност | <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> ДА | Дата на термина |
| При злополука, подробно описание на обстоятелствата и причините за настъпване на застрахователното събитие: | | |
| Претърпявал ли е пострадалият по-рано злополука; кога и какви повреди е получил; има ли определен % на загубена трудоспособност и ако има какъв е той?: | | |
| Опишете проблема, симптомите, оплакванията или диагнозата: | | |
| Поставена диагноза от лекуващ лекар по МКБ: | | |
| Имали ли сте диагноза или лечение за същото състояние преди? Ако да, посочете информация за дати на изследвания, назначено лечение, предписани лекарства, координати на лекуващ лекар, лечебно заведение: | | |
| Кога, къде и от кого е оказана първа помощ? Дата, Час, Доктор, Лечебно заведение, Адрес, телефон, e-mail | | |
| Имате ли покритие за обявеното застрахователно събитие по други валидни към неговата дата застраховка? ДА / НЕ (при "ДА", посочете подробности /застраховател, № полица, застрахователна сума/): | | |
| Кога, къде и от кого е проведено лечението? | | |
| Лечебно заведение/Отделение/Доктор | | |
| Адрес | | |
| Телефон/и | | |
| e-mail: | | |
| Информация за застрахователния иск: | | |
| <input type="checkbox"/> възстановяване на разходи за следното проведено лечение и предписани лекарства/консумативи: | | |
| Дата на събитието | Описание на всяка услуга или стока | Стойност по фактура |
| | | |
| | | |
| | | |

| | | | |
|---|---|---|--|
| | | Обща сума платена от Клиента | |
| <input type="checkbox"/> застрахователно обезщетение за загуба на доход, вследствие на хоспитализиране и възстановяване след болест. | | | |
| Прилагам следните документи /представените документи се зачертават с X и се посочва броят им /: | | | |
| <input type="checkbox"/> Болничен лист: бр. | <input type="checkbox"/> Рентгенови снимки: бр. | <input type="checkbox"/> Службена бележка | |
| <input type="checkbox"/> Амбулаторен лист: бр. | <input type="checkbox"/> Резултат от рентгенографско изследване | <input type="checkbox"/> Декларация за трудова злополука | |
| <input type="checkbox"/> Епикриза: бр. | <input type="checkbox"/> Компютърна томография | <input type="checkbox"/> Разпореждане от НОИ за тр. злополука | |
| <input type="checkbox"/> Фактура:.... бр. с фискален бон: бр. | <input type="checkbox"/> Магнитно-резонансна томография | <input type="checkbox"/> Протокол от разследване на тр. злополука | |
| <input type="checkbox"/> Медицинско удостоверение: бр. | <input type="checkbox"/> Резултат от лабораторни изследвания | <input type="checkbox"/> Протокол за ПТП | |
| <input type="checkbox"/> Медицинско направление: бр. | <input type="checkbox"/> Други изследвания: бр. | <input type="checkbox"/> Сведение от полицията: бр. | |
| <input type="checkbox"/> Медицинско свидетелство: бр. | <input type="checkbox"/> Протокол от ЛКК: бр. | <input type="checkbox"/> Съдебно решение: бр. | |
| <input type="checkbox"/> Медицински талон / бележка: бр. | <input type="checkbox"/> Решение на ТЕЛК /НЕЛК: бр. | <input type="checkbox"/> Препис-извлечение от акт за смърт | |
| <input type="checkbox"/> Личен амбулаторен картон | <input type="checkbox"/> Решение на ЗМК | <input type="checkbox"/> Удостоверение за наследници | |
| <input type="checkbox"/> Рецепта: бр. | <input type="checkbox"/> Съдебно медицинска експертиза | <input type="checkbox"/> Други: | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ВСИЧКИ ДОПЪЛНИТЕЛНО ИЗИСКАНИ ДОКУМЕНТИ ПО СЛУЧАЯ СЕ ЗАГРАЖДАТ С „О“. | | | |
| Желая застрахователното обезщетение да ми бъде изплатено в: | | | |
| Банка: | BIC: | IBAN: | |
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Декларирам, че отговорите и информацията дадени от мен по-горе, както и отговорите на всички въпроси и дадените от мен или от упълномощения да попълни Предложението за застраховане данни са верни и пълни. ➤ Известно ми е, че за деклариране на невярна, непълна или подвеждаща информация или обстоятелства носят наказателна отговорност. ➤ Известно ми е, че при представяне на невярна или неточна информация, Застрахователят има право да откаже изплащането на обезщетение, да прекрати договора и да задържи премията. ➤ Декларирам, че разходите, които Ви представям за възстановяване, не подлежат на възстановяване по друга осигурителна схема/ държавна схема, споразумение за субсидия, друг договор; не съм получил обезщетение от причинителя на вредата. ➤ Декларирам, че съм съгласен всеки лекар, медицинско лице и/или други трети лица / вкл. Работодател, Здравни, Социални и Застрахователни институции/ да предоставят на Застрахователя информацията, регистрационни документи, медицински протоколи, сертификати и др., които дружеството счита за необходими за обработка на настоящето Заявление. ➤ Съгласен/на съм при отправена покана от Застрахователя, да се явя в срок до 7 работни дни на контролен преглед при посочен от него лекар специалист или стоматолог, като прегледа е за сметка на Застрахователя и предявената претенция да ми бъде изплатена, след извършване на контролния преглед. | | | |
| Дата: | Трите имена и Подпис на пострадалия или негов близък: | | |
| Място: | | | |
| Заявлението е подадено наг. | | По него е заведена щета №.....г./.....г. | |
| Информация по щетата на тел. :..... | | Подпис на представител на Застрахователя: | |