

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

ЗАСТРАХОВАН:		
/трите имена//		
Настоящ адрес:		
ЕГН:	Лична карта	Тел:
		E-mail
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"/> Служебна 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 еспертиза	<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:
Титуляр на сметка: /три имена/		ЕГН:
<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 вярни и пълни. ➤ Известно ми е, че за деклариране на невярна, непълна или подвеждаща информация или обстоятелства нося 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: Място:	Трите имена и Подпис на пострадалия или негов близък:	
Заявлението е подадено наг.	По него е заведена щета №...../.....г.	
Информация по щетата на тел. :.....	Подпис на представител на Застрахователя:	