

вх.№ ...../.....

## ЗАЯВЛЕНИЕ

### ЗА ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА РАЗХОДИ ПО ЗДРАВНА ЗАСТРАХОВКА

Име:		
ЕГН:	Персонална здравна карта №	Тел.:
Адрес за кореспонденция:		E-mail:
<input type="checkbox"/> лично	<input type="checkbox"/> законен представител на	<input type="checkbox"/> член на семейство на
Име:		
ЕГН:	Персонална здравна карта №	Тел.:
Титуляр на банковата сметка:		
Банкова сметка: IBAN		Обща стойност на финансовата претенция:

Застраховащ (работодател):

**На основание чл. 54 , ал. 1 от Общите условия за здравна застраховка на ЗД „Съгласие” АД, моля да ми бъдат възстановени направените разходи за здравни стоки и/или услуги. Прилагам следните документи:**

#### 1. Медицински документи

Възстановяване на разходи за прегледи и лечение		Възстановяване на разходи за лекарства, диоптрични стъкла, лещи и помощни средства		Възстановяване на разходи за:	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Извънболнична помощ	Болнична помощ/Раждане	Лекарства	Диоптрични стъкла, лещи и помощни средства	Стоматологично лечение	пакетна услуга "Наблюдение на бременност"
<input type="checkbox"/> Амбулаторен лист/друг медицински документ от извършен преглед и назначени изследвания	<input type="checkbox"/> Епикриза от проведено болнично лечение	<input type="checkbox"/> Амбулаторен лист/друг медицински документ от извършен преглед и назначена терапия	<input type="checkbox"/> Амбулаторен лист/друг медицински документ от извършен преглед	<input type="checkbox"/> Амбулаторен лист/друг медицински документ от извършен преглед с отразен зъбен статус	<input type="checkbox"/> Амбулаторен лист/друг медицински документ за установяване на бременността
<input type="checkbox"/> Резултати от извършени изследвания/ Разчитания от образна диагностика	<input type="checkbox"/> Заявление за избор на лекар/екип	<input type="checkbox"/> Рецепта за предписано домашно лечение	<input type="checkbox"/> Рецепта за предписани диоптрични стъкла/лещи за корекция на зрението, помощни средства		<input type="checkbox"/> Списък на медицинските услуги по вид, брой и цена, включени в пакета
<input type="checkbox"/> Карта с назначени и проведени физиотерапевтични процедури		<input type="checkbox"/> Рецептурна книжка - копие /за случаите на предписани лекарствени средства, частично заплащани от НЗОК/	<input type="checkbox"/> Оригинални опаковки на стъклата/лещите, помощните средства, копие на гаранционна карта		<input type="checkbox"/> Резултати от назначените и извършени изследвания

#### 2. Финансови документи

<input type="checkbox"/> Фактура с касов бон - оригинал	Брой:
---	-------

Закупуване на медикаменти за домашно лечение - в 7 дневен срок от предписването им.

Закупуване на диоптрични стъкла - 30 дневен срок от предписването им.

Кореспонденция по претенцията ще получавам:

 по email

 на адреса за кореспонденция:

Декларирам изрично си съгласие за предоставените в оригинал документи.

Застрахователят има право да изиска допълнителни документи, както и да провери достоверността на предоставената медицинска документация и да използва цялата информация за установяване на застрахователното събитие и размера на обезщетението.

Дата:

Подпис: