

Вх. №...../.....г.

ЗАЯВЛЕНИЕза възстановяване на разходи
по здравна застраховка

Име на застрахования	<input type="text"/>		
В качеството ми на	<input type="checkbox"/> титуляр	<input type="checkbox"/> представител на	<input type="text"/>
ЕГН	<input type="text"/>	Персонален номер	<input type="text"/>
Телефон	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>
Адрес за кореспонденция	<input type="text"/>		
Застраховач/Работодател	<input type="text"/>		

Размер на претенцията лв.

Банкова сметка: IBAN	<input type="text"/>		
Банка	<input type="text"/>	Титуляр	<input type="text"/>

Предявявам претенция по Здравна застраховка

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Извънболнична помощ | <input type="checkbox"/> Възстановяване на разходи |
| <input type="checkbox"/> Болнична помощ | <input type="checkbox"/> Дентална помощ |

Прилагам следните документи

- | | | | |
|---|--------------------------|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Амбулаторен лист / Епикриза | <input type="text"/> бр. | <input type="checkbox"/> Стикери от медицинско изделие | <input type="text"/> бр. |
| <input type="checkbox"/> Рецепти / Рецептурна книжка | <input type="text"/> бр. | <input type="checkbox"/> Декларация за родителски права | <input type="text"/> бр. |
| <input type="checkbox"/> Резултати | <input type="text"/> бр. | <input type="checkbox"/> Фискален бон / Фактури | <input type="text"/> бр. |
| <input type="checkbox"/> Заявление за избор на лекар / екип | <input type="text"/> бр. | <input type="checkbox"/> Други | <input type="text"/> бр. |

С подписване на настоящото заявление декларирам, че:

- съм запознат/а с приложимите към застрахователния договор Общи условия;
- съм уведомен/а за правото на застрахователя да изиска допълнителни документи, както и да провери достоверността на предоставената медицинска и финансова документация и да използва цялата информация за установяване а застрахователното събитие и размера на обезщетението;
- приложените към настоящото заявление документи са представени лично от мен в качеството ми на заявител по застрахователна претенция за възстановяване на разходи за здравни стоки и/или услуги;
- представените от мен документи са издадени от надлежни лица/органи и отразените в тях обстоятелства са действително настъпили във вида и по начина, посочени в тях;
- във връзка с настоящото застрахователно събитие не съм предявявал претенция и не съм получавал застрахователно плащане за същото застрахователно събитие и за претендираните от мен разходи от друг застраховател;
- разполагам с оригиналите на изпратените документи и ги съхранявам. Предупреден съм, че, при поискване съм готов във всеки един момент да ги предоставя на Застрахователя на хартиен носител в оригинал.

Известно ми е, че при деклариране на неверни обстоятелства нося наказателна отговорност по чл. 313 от Наказателния кодекс.

Дата:

Подпис: