гр. София, п.к. 1700,
ул. "Проф. Александър Фол" № 2, вх.Б
тел. 02 / 445 6664, факс: 02 / 445 6665
e-mail: fihealth@fihealth.bg

ИСКАНЕ

за възстановяване на разходи за медицински услуги и стоки

ОТ

Име:		
ЕГН:	**Здравна карта №**	**Адрес за кореспонденция:**
Е-МАIL:		**ТЕЛ.:**
Застрахован от:		
Банка:	**Банкова сметка:**	
	/посочете номер на банкова сметка, по която желаете да бъде преведено обезщетението/	
	****попълването на всички полета е задължително***	
Титуляр на сметка:		

Моля, отбележете с „Х" приложената документация:

☐	МЕДИЦИНСКИ ПРЕГЛЕДИ	☐	МЕДИЦИНСКИ ИЗСЛЕДВАНИЯ	☐	БОЛНИЧНО ЛЕЧЕНИЕ	☐	САНАТОРИАЛНО ЛЕЧЕНИЕ	☐	МЕДИЦИНСКИ СТОКИ	☐	ДЕНТАЛНА ПОМОЩ
☐	Медицински документ за извършен преглед - копие	☐	Медицински документ за извършен преглед - копие	☐	Епикриза-копие	☐	Медицинско направление за лечение в санаториум-копие	☐	Медицински документ за извършен преглед - копие	☐	Медицински документ за извършен преглед - копие
☐	Амбулаторен лист - копие	☐	Амбулаторен лист - копие	☐	Резултати от проведено изследване - копие	☐	Епикриза - копие	☐	Амбулаторен лист - копие	☐	Амбулаторен лист - копие
☐	Фактура -оригинал	☐	Талон с назначени изследвания-копие	☐	Разчитания от образна диагностика-копие	☐	Картон с проведени физиотерапевтични процедури-копие	☐	Епикриза - копие	☐	Сегментна зъбна снимка
☐	Фискален бон - оригинал	☐	Резултати от изследвания -копие	☐	Стикер с ID код на медицински консуматив	☐	Фактура - оригинал	☐	Документ за медицинско назначение - копие	☐	Панорамна зъбна снимка
		☐	Разчитания от образна диагностика - копие	☐	Фактура - оригинал	☐	Фискален бон - оригинал	☐	Рецептурна бланка - копие	☐	Фактура - оригинал
		☐	Фактура - оригинал	☐	Фискален бон - оригинал			☐	Фактура - оригинал	☐	Фискален бон - оригинал
		☐	Фискален бон - оригинал					☐	Фискален бон - оригинал		

Моля, да ми бъде възстановена финансова претенция, съгласно условия и покрития договорени в застрахователна полица и Общите условия на Застрахователя.
Забележка: /*допълнителни обстоятелства, свързани с използваните медицински услуги и стоки*/

ОБЩА СТОЙНОСТ НА ИСК ЗА ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ:.....

СЛОВОМ СУМА НА ИСК /.....

С подписване на настоящото декларирам, че:

1. съм уведомен, че „Фи Хелт Застраховане" АД има право на достъп до цялата медицинска документация във връзка със здравословното ми състояние и може да изисква от мен и от трети лица (съхраняващи такава информация, включително Договорителя) допълнителна информация и документи, като те са длъжни да предоставят на Застрахователя цялата поискана им и/или известна им информация и документация относно здравословното ми състояние, като искането от „Фи Хелт Застраховане" АД за предоставяне на допълнителна информация и/или представяне на документи не означава, че Застрахователят признава предявената претенция.

2. съм предоставил доброволно информация, представляваща лични данни по смисъла на Закона за защита на личните данни (ЗЗЛД) и съм запознат с информацията, предоставена от "Фи Хелт Застраховане" АД на основание чл.19, ал.1 от ЗЗЛД и декларирам изричното си съгласие личните ми данни да бъдат обработвани по посочения в нея начин, както и да бъдат обработвани от "Фи Хелт Застраховане" АД за нуждите на застрахователното правоотношение, за статистически цели, и за нуждите на директния маркетинг.

Дата: **Подпис:**