

ИСКАНЕ

за възстановяване на разходи за медицински услуги и стоки

ОТ

Име:																																			
ЕГН:	Здравна карта №																																		
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>													<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>																						
Тел.:																																			
E-mail:																																			
Месторабота:																																			
Адрес:																																			
Банкова сметка: IBAN	BIC																																		
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>																							<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>												
<i>/посочете номер на банкова сметка, по която желаете да бъде преведено обезщетението/</i>																																			
Банка:																																			
Обща стойност на иск за възстановяване:																																			

Моля, да ми бъде възстановена финансова претенция, съгласно условия и покрития договорени в застрахователна полица и Общите условия на Застрахователя, като

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

Моля, отбележете с „X” приложената документация.

Забележка: /допълнителни обстоятелства, свързани с използваните медицински услуги и стоки/

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 изрично 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: