

Вх.№/.....

ЗАЯВЛЕНИЕ ЗА ИЗПЛАЩАНЕ НА СУМИ

Име:		
ЕГН:	Персонален №	Тел.:
<input type="text"/>		E-mail:

Адрес:

Банкова сметка: Титуляр на сметката: IBAN <input type="text"/> <small>/посочете номер на банкова сметка, по която желаете да бъде преведено обезщетението/</small>	Обща стойност на финансовата претенция:
--	---

Г-жо Изпълнителен директор,
Моля, на основание здравна застраховка между ЗД „Съгласие” АД и
да ми бъдат възстановени направените разходи. Прилагам следните документи:

1. Медицински документи							
<input type="checkbox"/> Покритие "Възстановяване на разходи за преглед и лечение"		<input type="checkbox"/> Покритие "Възстановяване на разходи за медикаменти, диоптрични стъкла и помощни средства"				<input type="checkbox"/> Покритие "Възстановяване на разходи за дентално лечение"	
Извънболнична помощ	Болнична помощ	Медикаменти	Диоптрични стъкла	Помощни средства			
<input type="checkbox"/> Амбулаторен лист/друг медицински документ от извършен преглед	<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	<input type="checkbox"/> Амбулаторен лист/друг медицински документ от извършен преглед	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Амбулаторен лист/друг медицински документ от извършен преглед
<input type="checkbox"/> Направление от доверен лекар за консултация/изследвания		<input type="checkbox"/> Рецепта за предписано домашно лечение	<input type="checkbox"/> Рецепта за предписани диоптрични стъкла/лещи за корекция на зрението	<input type="checkbox"/> Рецепта за предписани помощни средства/консумативи			
<input type="checkbox"/> Талон с назначени изследвания		<input type="checkbox"/> Рецептурна книжка - копие /за случаите на предписани лекарствени средства, частично заплащани от НЗОК/	<input type="checkbox"/> Оригинални опаковки на стъклата/лещите и гаранционна карта	<input type="checkbox"/> Оригинални стикери/опаковки			
<input type="checkbox"/> Резултати от извършени изследвания							
<input type="checkbox"/> Разчитания от образна диагностика							
<input type="checkbox"/> Карта за физиотерапевтични процедури							

2. Финансови документи	
<input type="checkbox"/> Фактура с касов бон	Брой:

Закупуване на медикаменти за домашно лечение - в 7 дневен срок от предписването им.
Закупуване на диоптрични стъкла - 30 дневен срок от предписването им.

Декларирам изричното си съгласие за предоставените в оригинал документи.

Допълнително изискани документи:

Дата:

Документите получени на:

Дата: **Подпис:**