



Вх.№/.....

ЗАЯВЛЕНИЕ

ЗА ИЗПЛАЩАНЕ НА СУМИ
по пакет "Възстановяване на разходи"

Име:	
ЕГН: <input type="text"/>	Персонален № <input type="text"/>
Тел.: E-mail:	
Адрес:	
Банкова сметка: IBAN <input type="text"/>	Обща стойност на финансовата претенция:
/посочете номер на банкова сметка, по която желаете да бъде преведено обезщетението/	
Г-жо Изпълнителен директор, Моля, на основание Чл.33 от Общите условия на „Токуда Здравно Застраховане“ ЕАД и съгласно условията на застрахователен договор между „Токуда Здравно Застраховане“ ЕАД 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"/> Амбулаторен лист/друг медицински документ от извършен преглед
<input type="checkbox"/> Направление от доверен лекар за консултация/изследване <input type="checkbox"/> Талон с назначени 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"/> Резултати от извършени 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"/> Разчитания от образна диагностика						
<input type="checkbox"/> Карта за физиотерапевтични процедури						

Други медицински документи:

2. Финансови документи

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

Подаването на Заявление за изплащане на суми - 15 дневен срок от предоставянето на здравни услуги или закупуването на здравни стоки.
 Закупуване на медикаменти за домашно лечение - в 7 дневен срок от предписването им.
 Закупуване на диоптрични стъкла - 30 дневен срок от предписването им.

Декларирам изрично си съгласие за предоставените в оригинал документи.

Дата:

Подпис: