



ЕВРОПЕЙСКА ЗАСТРАХОВАТЕЛНА
И ОСИГУРИТЕЛНА КОМПАНИЯ

гр. София 1000, ул. "6-ти септември" № 45, ет. 1, e-mail: info@ehif.eu; тел: 0700 20 520; 02 921 82 85; 02 921 82 87

Заявление за възстановяване на разходи

Входящ № _____ / ____ . ____ . 201_ г.

Застраховано лице /трите имена по лична карта/

Месторабота

Служител Член Семейство - _____ /роднинска връзка/

Застрахователен номер

ЕГН

Адрес за кореспонденция /П.Код; гр./с.; жк./ул. ; №; бл.; вх.; ап./

Телефон /служебен, домашен/

Мобилен

E-mail

Банка

IBAN

BIC

Титуляр на сметката /трите имена по лична карта/

ЕГН

Размер на претенцията: _____ лв.

Застраховано лице : _____

/подпис/

Моля, да ми бъдат възстановени разходи за:

Прилагам следните документи:

- лекарства;
- прегледи и изследвания;
- за болнично лечение;
- дентални услуги;
- санаториално лечение;
- други: _____

- амбулаторен лист/епикриза (_____ бр.)
- резултати от изследвания (_____ бр.)
- рецепта (_____ бр.)
- оригинална фактура (_____ бр.)
- фискален бон или платежно нареждане (_____ бр.)
- други: _____

Застрахователят има право да проверява качеството и обхвата на представените здравни услуги и стоки на Застрахования от изпълнителите на медицинска помощ, чрез свои или независими експерти.

Запознат/та съм с Общите условия на застраховка Заболяване на ЕЗОК ЗАД, неразделна част от договора, и декларирам, че съм съгласен/на при отправена покана от Застрахователя, да се явя в срок до 7 работни дни на контролен преглед при посочен от Застрахователя лекар специалист или стоматолог, като прегледа е за сметка на Застрахователя. Съгласен/на съм предявената претенция да ми бъде изплатена от Застрахователя, след извършване на контролния преглед.

Длъжностно лице, представляващо ЕЗОК ЗАД, приел ЗВР : _____

/трите имена, подпис/

РАПОРТ ЗА ОДОБРЕНИЕ: /ПОПЪЛВА СЕ ОТ ЕЗОК ЗАД/

Пълно: _____ лв. Частично: _____ лв.

Отказ: _____ лв.

Експерт „Медицински дейности“: _____

Дата: _____

Причини за отказ:

Пълно: _____ лв. Частично: _____ лв.

Отказ: _____ лв.

Експерт „Ликвидация“: _____

Дата: _____

Причини за отказ:

Изпълнителен директор: _____

Дата: _____