



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 № \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 202\_ 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: \_\_\_\_\_