

за завеждане на претенция за възстановяване на
разходи за здравни стоки и услуги

входящ №
дата:
подадено в:

№ _____ - _____ / _____ 2014г.

Попълва се в Централно Управление

Име:						
ЕГН:		ЗО №			Тел:	
Адрес:					E-mail:	
						Договор №:
ПЗПЗ <input type="checkbox"/>	Клауза <input type="checkbox"/>	ИБМП <input type="checkbox"/>	Клауза <input type="checkbox"/>	БМП <input type="checkbox"/>	Клауза <input type="checkbox"/>	Групов <input type="checkbox"/>
КМП <input type="checkbox"/>	Клауза <input type="checkbox"/>	ИБСП <input type="checkbox"/>	Клауза <input type="checkbox"/>	ВП <input type="checkbox"/>	АО <input type="checkbox"/>	Валиден до

Моля да ми бъде възстановена сума, съгласно Общите условия на "ЕВРОИНС - ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ", като

ЗАЯВЯВАМ ПРЕТЕНЦИЯ И ПРЕДСТАВЯМ СЛЕДНИТЕ ДОКУМЕНТИ ЗА:

<input type="checkbox"/> медицински прегледи		<input type="checkbox"/> мед. изследвания	
1	Амбулаторен лист № / 2014г	1	Амбулаторен лист № / 2014г
2	Фактура – оригинал ... бр.	2	Искане за изследване
3	Фискален бон (към фактура) ... бр.	3	Резултат от проведено изследване
4		4	Фактура – оригинал ... бр.
5		5	Фискален бон (към фактура) ... бр.
6		6	

Възстановената сума ще получа по:

Лична банкова сметка IBAN _____

Банков код: _____ Банка: _____

Декларирам, че при:

- несъответствие между информацията в представените документи;
- случай на изплатена сума, надвишаваща лимита,

съм задължен/а да възстановя изплатената ми сума/сумата, надвишаваща лимита. Запознат съм с изискванията, свързани с изискуемите документи и разпоредбите на Общите условия. Съгласен съм да получавам кореспонденцията свързана с предявената от мен претенция в офиса в който съм подал Искането за завеждане на претенцията.

Подпис: