

Застрахователна компания
МЕДИКО-21 АД

София 1202, бул. „Мария Луиза“ 92, тел. / факс: 02 / 831 71 64
Лицензия № 01-ЗОД/15.08.2003 г. за доброволно здравно осигуряване
Решение № 564-ОЗ от 17 юли 2013 г. за злополука и заболяване
БУЛСТАТ: 131039664



Insurance Company
MEDICO-21 JSC

92, Maria Luisa Blvd., 1202 Sofia, tel. / fax: +359 2/ 831 71 64
License № 01-ZOD/15.08.2003 for voluntary health insurance
Resolution № 563-GI from 17 July 2013 for accident and sickness
Company ID № 131039664

Вх №...../

Приложение 7

ДА СЕ ИЗПРАТИ НА „ЗК МЕДИКО 21“ АД

по е-мейл: zk@medico-21.net или факс 02 831 71 64
или на адрес: София, бул. Мария Луиза 92

ЗАЯВЛЕНИЕ - ДЕКЛАРАЦИЯ

Моля, информирайте Застрахователя, като изпратите това заявление –декларация на посочените по-горе адреси в случаите на планово стационарно лечение, най-късно до 10 дни преди приемането Ви болница. В противен случай, на основание т.3.5. от Раздел III от Общите условия на Медицинска застраховка на Застрахователя, може да Ви бъде отказано възстановяване на направените разходи.

Към Заявлението-декларация приложете всички налични изследвания и/или етапни епикризи и/или други документи, които да докажат медицинската необходимост от стационарното лечение.

Настоящото Заявление-декларация цели да информира Застрахователя за направения от Вас избор на лечебно заведение, екип или лекар, както и за необходимостта от използване на консумативи, скъпоструващи медицински изделия и медикаменти. Застрахователят ще Ви консултира и препоръча най-подходящите по вид, място и цена медицински услуги с оглед обичайните разходи за конкретната медицинска услуга и за лимитите на покритите по условията на застрахователния договор медицински услуги и стоки. Ако нямате спешен случай, необходимо е да изчакате становището на Застрахователя.

Моля, попълнете всички полета четливо и с печатни букви.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА

Име:		ЕГН
Работодател:		
Медицинска карта №	Е мейл:	Телефон
Диагноза по МКБ 10, съгласно направление за хоспитализация, симптом или оплакване(медицинска обосновка за исканата процедура)		
Име на болницата и адрес: _____		
Приет ли сте или ще бъдете приет в болница: Не <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> брой дни престой _____		
Назначено (препоръчано) лечение/операция: _____		
Очаквана дата на процедурата или приемане за хоспитализация: _____ Г.		
Очаквани разходи за престой в болницата: _____		

Избрали ли сте екип/лекар: Да Не Очаквани разходи за избор на екип/лекар: _____

Очаквани разходи за консумативи/медицински изделия: вид и единична цена

Очаквани разходи за скъпоструващи медикаменти: вид и единична цена

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ЛЕКУВАЩИЯ ЛЕКАР

Трите имена: _____

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ИЗБРАНИЯ ЕКИП/ЛЕКАР

Трите имена: _____

ДЕКЛАРАЦИЯ:

1. Долуподписаният декларирам, че попълнените от мен данни са верни и отразяват действителното ми здравослоно състояние. Приемам лекар на застрахователя да извърши проверка на достоверността.
2. Известни са ми правните последици в случай на невярно или неточно попълнени данни в настоящата декларация.
3. Декларирам, че добролно съм направил избора на екип/лекар.
4. Информирам съм, че ако не представя за одобрение настоящото заявление, то направените разходи може да бъдат за моя сметка.
5. Информирам съм, че изборът на екип/лекар е платена медицинска услуга и следва да бъде заплатена от мен на болницата.
6. Информирам съм, че консумативите/медицински изделия/скъпоструващи медикаменти е платена медицинска услуга и следва да бъдат заплатени от мен на болницата.
7. Информирам съм, че направеният от мен избор трябва да съвпада с извършилия медицинската услуга лекар в представената медицинска документация, за да бъде възстановена от застрахователя заплатената от мен услуга.
8. Информирам съм, че спешната медицинска помощ е включена в обхвата на държавното медицинско обслужване, финансирано от бюджета и не е предмет на медицинската застраховка.

Дата: _____

Подпис на декларатора:

Приложени документи:

1.

2.

3.

4.

5.

Дата: _____

Подпис на декларатора:

Трите имена