

ВХОДЯЩ № \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## ИСКАНЕ ЗА ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА РАЗХОДИ ПО ЗДРАВНИ И МЕДИЦИНСКИ ЗАСТРАХОВКИ

От застрахования \_\_\_\_\_ ЕГН/ЛНЧ \_\_\_\_\_

Адрес за кореспонденция: \_\_\_\_\_

Тел. \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Разходите за здравни услуги са ползвани:  лично от мен от  член семейство/родство

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ЕГН/ЛНЧ \_\_\_\_\_

Декларирам, че съм родител/настойник на застрахованото лице и упражнявам родителските права над:

\_\_\_\_\_ ЕГН/ЛНЧ \_\_\_\_\_  
(име, презиме, фамилия)

Застраховаш/Работодател: \_\_\_\_\_ Здравна карта № \_\_\_\_\_

**С настоящото аз, долуподписаният, заявявам искане за възстановяване на медицинските разходи, изброени по-долу, и удостоверявам точността и достоверността на информацията, предоставена в този формуляр и в приложените документи. Моля, да ми бъдат възстановени направените разходи за следния/те пакет/и здравни услуги:**

- **Извънболнична медицинска помощ:**  прегледи  изследвания  други на стойност: ..... лева
- **Болнична медицинска помощ:**  избор на екип  бременност и раждане  медицински изделия  
 други на стойност: ..... лева
- **Възстановяване на разходи за:**  медикаменти  очила  помощни средства  други на стойност ..... лева
- **Допълнителни услуги:**  стоматология  рехабилитация  други на стойност ..... лева

### Към Искането представям:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Здравна/Медицинска карта № _____        | <input type="checkbox"/> Служебна бележка (вкл. и при член семейство)  |
| <input type="checkbox"/> Амбулаторен лист _____ бр.              | <input type="checkbox"/> Оригинална фактура с касов бон _____ бр.  |
| <input type="checkbox"/> Рецептурна бланка _____ бр.             | <input type="checkbox"/> Рецептурна книжка   |
| <input type="checkbox"/> Направление за изпращане в ЛЗ _____ бр. | <input type="checkbox"/> Заявление-декларация за одобрение за болничен престой/избор на екип/мед.изделия/медикаменти |
| <input type="checkbox"/> Резултати от изследвания: _____ бр.     | <input type="checkbox"/> Други: _____  |
| <input type="checkbox"/> Епикриза _____ бр.                      |  |

### Застрахователното събитие настъпи при следните обстоятелства:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Желя да получа одобрената сума по посочената по-долу банкова сметка:

IBAN \_\_\_\_\_ при банка: \_\_\_\_\_

\* Уведомен съм, че трябва да предоставя личната си банкова сметка банковите такси са за моя сметка.

В случай, че предоставената банкова сметка е с титуляр друго лице, декларирам, че то е:

Титуляр: \_\_\_\_\_

Желя да получа отговорът на настоящото искане на следният и-мейл – ДА/НЕ\* (подчертава се вярното):

e-mail: \_\_\_\_\_

\* При избор „ДА“ за получаване на отговор чрез посочения по-горе и-мейл, лицето декларира, че чрез този начин, то се счита редовно уведомено. Ако лицето посочи „НЕ“, то ще бъде уведомено чрез посочения от него адрес за кореспонденция.

Декларирам, че:

- за горепосочените заболявания и здравни услуги **не съм получавал / получавал съм** застрахователно обезщетение от други лица или застрахователни компании.
- **ИМАМ / НЯМАМ** валидна застраховка при друг застраховател за същите покрити по полицата рискове.
- **ИМАМ / НЯМАМ** промяна в обстоятелствата, декларирани с представените документи при сключване на застраховката.
- съм съгласен/на предоставените от мен лични данни, както и на останалите застраховани лица да бъдат обработвани от страна на ЗК „Аксиом“ АД, с адрес гр. София, бул. „Витоша“ № 150, в качеството му на администратор на лични данни по смисъла на Регламент (ЕС) 2016/679 и действащото българско законодателство.
- съм съгласен/а ЗК „Аксиом“ АД да обработва за целите на изпълнение на застрахователния договор предоставените от мен лични данни на непълнолетни застраховани лица.
- се запознах с Уведомлението за поверителност по чл. 13 и чл. 14 от ОРЗД на застрахователя, налично в офисите на дружеството и публикувано на: [www.axiom-jsc.com](http://www.axiom-jsc.com)

Дата: \_\_\_\_\_

Подпис на застрахования: \_\_\_\_\_