Адрес: гр. София, п.к. 1700,ул. "Проф. Александър Фол" № 2, вх.Б; тел. 02 / 445 6664, факс: 02 / 445 6665; e-mail: fihealth@fihealth.bg

FiHealth Застраховане

ИСКАНЕ

за възстановяване на разходи за медицински услуги и стоки

ОТ

Име:		
ЕГН:	**Здравна карта №**	**Адрес за кореспонденция:**
E-MAIL:	**ТЕЛ.:**	
Застрахован от:		
Банкова сметка /IBAN/: ***попълването на всички полета е задължително*** ***/посочете номер на банкова сметка, по която желаете да бъде преведено обезщетението/***		**Банка – издател на сметката:**
Титуляр на сметка:		

Моля, отбележете с „X" приложената документация:

☐	МЕДИЦИНСКИ ПРЕГЛЕДИ	☐	МЕДИЦИНСКИ ИЗСЛЕДВАНИЯ	☐	БОЛНИЧНО ЛЕЧЕНИЕ	☐	САНАТОРИАЛНО ЛЕЧЕНИЕ	☐	МЕДИЦИНСКИ СТОКИ	☐	ДЕНТАЛНА ПОМОЩ
☐	Медицински документ за извършен преглед - копие	☐	Медицински документ за извършен преглед - копие	☐	Епикриза-копие	☐	Медицинско направление за лечение в санаториум-копие	☐	Медицински документ за извършен преглед - копие	☐	Медицински документ за извършен преглед - копие
☐	Амбулаторен лист - копие	☐	Амбулаторен лист - копие	☐	Резултати от проведено изследване - копие	☐	Епикриза - копие	☐	Амбулаторен лист - копие	☐	Амбулаторен лист - копие
☐	Фактура - оригинал	☐	Талон с назначени изследвания-копие	☐	Разчитания от образна диагностика-копие	☐	Картон с проведени физиотерапевтични процедури-копие	☐	Епикриза - копие	☐	Сегментна зъбна снимка
☐	Фискален бон - оригинал	☐	Резултати от изследвания - копие	☐	Стикер с ID код на медицински консуматив	☐	Фактура - оригинал	☐	Документ за медицинско назначение - копие	☐	Панорамна зъбна снимка
		☐	Разчитания от образна диагностика - копие	☐	Фактура - оригинал	☐	Фискален бон - оригинал	☐	Рецептурна бланка - копие	☐	Фактура - оригинал
		☐	Фактура - оригинал	☐	Фискален бон - оригинал			☐	Фактура - оригинал	☐	Фискален бон - оригинал
		☐	Фискален бон - оригинал					☐	Фискален бон - оригинал		

Моля, да ми бъде възстановена финансова претенция, съгласно условия и покрития договорени в застрахователна полица и Общите условия на Застрахователя.

Забележка: ***/допълнителни обстоятелства, свързани с използваните медицински услуги и стоки/***

ОБЩА СТОЙНОСТ НА ИСК ЗА ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ:.....

СЛОВОМ СУМА НА ИСК /.....

С подписване на настоящото декларирам, че:

1. съм предоставил на „Фи Хелт Застраховане" АД доброволно съдържащите се в настоящото лични данни, с цел изпълнение на застрахователния договор и с цел защита на живота и интересите ми, и че „Фи Хелт Застраховане" АД има основание да обработва здравна информация по силата на Кодекса за застраховането и Закона за здравето във връзка с и за целите на застрахователната му дейност;
2. съм уведомен, че с оглед изпълнение на искането ми за възстановяване на разходи за медицински услуги и стоки, „Фи Хелт Застраховане" АД има право на достъп до цялата медицинска документация във връзка със здравословното ми състояние и може да изисква от мен и от трети лица (съхраняващи такава информация, включително Договорителя) допълнителна информация и документи, като те са длъжни да му предоставят цялата поискана им и/или известна им информация и документация относно здравословното ми състояние, като искането от „Фи Хелт Застраховане" АД за предоставяне на допълнителна информация и/или представяне на документи не означава признаване или приемане на предявената претенция;
3. съм уведомен, че процесите по обработване могат да бъдат разнообразни, включително записване, използване и организация на личните данни в информационните системи на „Фи Хелт Застраховане" АД, предоставяне, разкриване или предаване на лични данни на трети лица (в това число лечебни заведения, органи на публична или местна власт) за описаните по-горе цели на обработване, че срокът на обработване на личните данни е определен от „Фи Хелт Застраховане" АД съобразно дефинираните цели на обработване, както и че целите, за които „Фи Хелт Застраховане" АД ще обработва личните ми данни, начините и средствата на обработването са описани в Политиката за конфиденциалност на „Фи Хелт Застраховане" АД, която е публикувана на www.fihealth.bg .

☐ **С настоящото декларирам, че съм съгласен с обработването на личните му данни от „Фи Хелт Застраховане" АД за целите на директния маркетинг и за целите на рекламата.**

Дата: **Подпис:**