

PRAŠYMAS KOMPENSUOTI SVEIKATOS DRAUDIMO IŠLAIDAS

Pildymo data _____

APDRAUSTOJO DUOMENYS

Vardas, pavardė _____

Sveikatos draudimo kortelės numeris 944039600000

Asmens kodas _____

Adresas _____

Tel. _____ El. pašto adresas _____

Prašau kompensuoti sveikatos draudimo išlaidas, patirtas naudojantis šiomis paslaugomis:

Ambulatorinė pagalba	Eur	Stacionarinis gydymas	Eur
Dantų gydymas	Eur	Reabilitacijos paslaugos	Eur
Vaistai ir medicinos pagalbos priemonė	Eur	Darbuotojų profilaktinė sveikatos patikra	Eur
Optikos priemonės ir paslaugos	Eur	Sveikatinimo paslaugos	Eur
Nėštumo priežiūros paslaugos	Eur	Papildomos medicinos paslaugos	Eur
Kitos paslaugos	Eur		

Iš viso sumokėjau _____ Eur

Pridedamų dokumentų sąrašas (reikia pažymėti):

Medicininiai dokumentai apie nustatytą sveikatos sutrikimą, skirtus tyrimus ir jų išvadas, gydytojo siuntimai

Sąskaita faktūra, kurioje išsamiai nurodytos įsigytos prekės arba suteiktos paslaugos, apdraustojo vardu

Kvitas, kasos pajamų orderis, mokėjimo nurodymas (pavedimas), patvirtinantis apdraustojo išlaidas

Receptas (arba jo kopija) vaistams, medicinos priemonėms, akinių lęšiams arba kontaktiniams lęšiams įsigyti

Verslo liudijimo kopija (jeigu paslaugas suteikė asmuo, dirbantis pagal verslo liudijimą)

Kiti dokumentai (įrašyti) _____

Draudimo išmoką prašau pervesti į šią banko sąskaitą:

Sąskaitos savininko vardas, pavardė _____

Sąskaitos Nr. Banko pavadinimas _____

Patvirtinu, kad prašyme ir pridėtuose dokumentuose nurodyti duomenys yra išsamūs, tikslūs ir teisingi.

Apdraustojo asmens vardas ir pavardė

Data

Parašas