

## ЗАЯВКА

за записване на час в лечебно заведение, с което ДЗИ-Животозастраховане ЕАД има сключен договор за медицинско обслужване на застрахованите лица

Застраховано лице – три имена: .....

ЕГН или Номер на здравна карта.....

Мобилен телефон за връзка: .....

Е-мейл за кореспонденция: .....

Здравословни оплаквания:

.....  
.....

Вид медицински специалист:

.....

Предпочетено лечебно заведения или район .....

.....

Предпочетен период за посещения:                      от ..... до .....

Друго, което следва да бъде взето предвид:

.....

При необходимост Здравният контактен център на ДЗИ-Животозастраховане ще се свърже с Вас за обсъждане на възможностите на лечебните заведения.