



Застрахователно дружество ДаллБогг
бул. Г. М. Димитров едно, 1172 София, България
Тел.: +359.2.4026 499
info@dallbogg.com, www.dallbogg.com

ДЕКЛАРАЦИЯ за избор на лекар / екип

Подписаният/та:.....
/име презиме фамилия/

застрахован от

ЕГН, адрес: гр....., ул.

С настоящето

ДЕКЛАРИРАМ,

1. Че доброволно избирам лекар
за
(посочва се конкретната интервенция, манипулация или друга специфична част от диагностично - лечебния процес)

2. Че доброволно избирам екип за.....
(посочва се конкретната интервенция, манипулация или друга специфична част от диагностично - лечебния процес)

Екип от специалисти

Членове на екипа*: (изброяват се имената на лекарите и специалистите по здравни грижи, съставляващи екипа)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

/име на болницата/

- Информиран съм, че изборът на екип/лекар е платена медицинска услуга и следва да бъде заплатена на болницата от застрахованото лице.
- Информиран съм, че направеният от мен избор трябва да съвпада с извършилия мед. услугата лекар/екип в представената мед. документация, за да бъде изплатена услугата.

Дата :

Съгласувано:

/подпис/

За „Зад ДаллБогг:Живот и Здраве“ АД

.....

/три имена/

Декларатор

/подпис/