

<p>Тези полета се попълват от служител на РЗОК</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Решение на НЗОК/РЗОК: <input type="checkbox"/> да се издаде ЕЗОК Дата на валидност</p> <p><input type="checkbox"/> да не се издава ЕЗОК</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <p>Отговор до НЗОК/РЗОК: персонален №</p> <p>номер на картата </p> </div> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center; margin-top: 5px;">ID</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center; margin-top: 5px;">ЕГН/ЛНЧ/ЛН/Сл. номер от НАП (правилното се подчертава)</p>																															<p>ДО ДИРЕКТОРА НА РЗОК</p> <p style="text-align: center;">ЗАЯВЛЕНИЕ ЗА ИЗДАВАНЕ НА ЕВРОПЕЙСКА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАРТА</p> <p>От..... фамилия, име, презиме по документ за самоличност</p> <p>Док. за самоличност: ЛК №.....</p> <p>Издаден на:..... от</p> <p>Постоянен адрес: Област.....</p> <p>Община.....</p> <p>Населено място: гр./село..... ж.к....., бул./ул..... №....., бл....., вх....., ет.....</p> <p>Телефон за контакти:.....</p> <p><input type="checkbox"/> осигурено лице <input type="checkbox"/> пълномощник <input type="checkbox"/> попечител <input type="checkbox"/> родител <input type="checkbox"/> настойник</p>
<p>Моля да бъде издадена Европейска здравноосигурителна карта на:</p> <p>..... фамилия, име, презиме по документ за самоличност на кирилица</p> <p>..... фамилия, име, презиме по документ за самоличност на латиница</p> <p>дата на раждане:.....</p>																															
<p>Вид осигурен:</p> <p><input type="checkbox"/> наето лице</p> <p><input type="checkbox"/> самостоятелно заето лице</p> <p><input type="checkbox"/> непълнолетно лице (до 18 г.)</p> <p><input type="checkbox"/> пенсионер</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> вид на пенсията.....</p> <p><input type="checkbox"/> безработен</p> <p><input type="checkbox"/> трансграничен работник</p> <p><input type="checkbox"/> учащ/студент</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: center;">Документ за самоличност:</p> <p>л.к. № издадена на</p> <p>От.....</p> <p style="text-align: center;">Настоящ адрес:</p> <p>Област:..... Община.....</p> <p>Населено място: гр./село..... ж.к..... бул./ул..... №....., бл....., вх....., ет.....</p>																														
<p>Представени документи:</p> <p>.....</p>																															
<p>Декларирам, че съм здравноосигурен, както и верността на данните.</p> <p>Дата:..... Подпис:..... Подпис:..... родител/попечител/настойник</p>																															
<p>Долуподписаният:</p> <p>Получих ЕЗОК №, издадена на....., валидна до.....</p> <p>Дата:..... Подпис:</p>																															
<p>Вх.№..... Дата:..... П.К.:.....</p> <p>Подпис на служителя, приел документите:.....</p>																															

ПРЕДИ ДА ПОПЪЛНИТЕ, ПРОЧЕТЕТЕ ВНИМАТЕЛНО УКАЗАНИЯТА!

Указания за попълване на заявлението!**Моля, прочетете внимателно!**

1. Заявлението се попълва от приемащия служител или лично от заявителя, написано на компютър, пишеща машина или много четливо на ръка с печатни букви. В полетата, обозначени с се посочва верният отговор със знак „X“.
2. Имената се изписват без съкращения на кирилица и латиница, така както са изписани в личната карта или задграничния паспорт.
3. В графата ЕГН/ЛНЧ/ЛН/Сл. номер от НАП се посочва съответният идентификатор на лицето, което желае да получи ЕЗОК.
4. Постоянният адрес е този, който е записан в личната карта, на който лицето упражнява изборителното си право, получава социална и безплатна медицинска помощ. За постоянен адрес на малолетни (до 14 г.) и непълнолетни (до 16 г.) лица без лична карта, се посочва постоянният адрес на родителите или на един от тях, когато техните адреси са различни.
5. Заявлението се подава лично или от упълномощено лице срещу представен документ за самоличност. За сверяване на данните може да се остави негово копие. За малолетните и непълнолетните лица и за поставените под пълно или ограничено запрещение лица заявлението се подава от техните родители и настойници и се прилагат копия на документите, удостоверяващи това им качество- удостоверение за раждане, акт за брак, съдебно решение и др.

Защита на личните данни: НЗОК събира, обработва и съхранява Вашите лични данни прозрачно, законосъобразно и добросъвестно. Правните основания, които ползваме за обработване на Вашите лични данни, са чл. 6, пар.1, б. „в“ и б. „д“ и чл.9, пар. 2, б. „з“ от Регламент (ЕС) 2016/679 във връзка с чл.80б, ал.1 от Закона за здравното осигуряване.

Моля, запознайте се с пълния текст на нашето Уведомление за поверително третиране на личните данни и научете повече за Вашите права, като субекти на данни на адрес: _

https://www.nhif.bg/bg/nzok/personal_data_protection

Начин на получаване на ЕЗОК при заявяване на услугата чрез Системата за сигурно електронно връщане:

- Чрез лицензиран пощенски оператор на посочения адрес за кореспонденция, като декларирам, че пощенските разходи са за моя сметка, платими при получаването ѝ
 - Като вътрешна препоръчана пощенска пратка
 - Като вътрешна куриерска пратка
 - Като международна препоръчана пощенска пратка
- В офиса на РЗОК

Пълномощно за подаване на заявление и получаване на Европейска здравноосигурителна карта (ЕЗОК)

Долуподписаният/ата,.....
(трите имена по лична карта)

с ЕГН/ЛНЧ/ЛН/Сл. номер от НАП:, притежаващ ЛК
№, издадена на(дата на издаване)
от МВР -,

УПЪЛНОМОЩАВАМ:

лицето
(трите имена по лична карта на пълномощника)

ЕГН/ЛНЧ/ЛН/Сл. номер от НАП:, притежаващ ЛК
№....., издадена на(дата на издаване)
от МВР -,

да подаде заявление за издаване на ЕЗОК от мое име, както и да получи издадената ЕЗОК на мое име.

Упълномощител:
(Подпис)