



# РАЙОННА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА

9300 гр. Добрич; ул. "Независимост" №5, ет. 4; п.к. 436  
тел: 058/654-500; факс: 058/654-555; e-mail: dobrich@dob.nhif.bg

класификация на информацията  
ниво 1 TLP-GREEN

**УТВЪРЖДАВАМ:**

Заличен - съгласно Регламент ЕС № 679/2016 г

**ДИРЕКТОР НА  
РЗОК - ДОБРИЧ**

**РАДКА ГЕОРГИЕВА**

## ВЪТРЕШНИ ПРАВИЛА

**за предоставяне на здравноосигурителна книжка на ЗОЛ при изгубване,  
кражба или унищожаване на първоначално издадената ЗОК**

**№ РД 16-16/19.09.2023 г.**

**Чл. 1.** Настоящите Вътрешните правила (Правилата) определят реда за издаване на здравноосигурителна книжка (ЗОК) на здравноосигурено лице (ЗОЛ) при изгубване, кражба или унищожаване на първоначално издадената ЗОК (Преиздаване на ЗОК).

**Чл. 2.** (1) Задълженията на лицата, които отговарят за издаването на ЗОК на ЗОЛ по настоящите Правила се вписват в длъжностната им характеристика.

(2) Със заповед на директора на РЗОК – Добрич могат да се определят и други лица, които да отговарят за издаване на ЗОК на ЗОЛ по настоящите Правила.

**Чл. 3.** (1) При Преиздаване на ЗОК на пълнолетно здравноосигурено лице е необходимо лицето да подаде молба-декларация по образец, приложение към настоящите Правила, до директора на РЗОК, на чиято територия осъществява дейността си избраният от ЗОЛ общопрактикуващ лекар, в случая РЗОК – Добрич, като предостави документ за самоличност. В случай, че ЗОЛ не може лично да подаде молба-декларация или получи ЗОК, пълномощникът следва да представи, освен документ за самоличност и нотариално заверено пълномощно.

(2) При Преиздаване на ЗОК на малолетно (непълнолетно) лице е необходимо родителят (настойникът, попечителят, лицето, което полага грижи) да подаде молба-декларация по образец в РЗОК – Добрич, като предостави своя документ за самоличност и документ за самоличност на малолетното (непълнолетното) лице или неговият акт за раждане. В случаите на учредено настойничество (попечителство), настойникът (попечителят) следва да представи, освен документ за самоличност, и заверено копие на удостоверението за настойничество (попечителство), а лицето, което полага грижи - документ (съдебно решение, заповед на директора на дирекция "Социално подпомагане" по настоящия адрес на детето или др.) доказващ това му качество.

(3) При подаването на молба-декларация, на лицето-заявител се издава входящ номер от системата на РЗОК – Добрич и се определя дата, на която може да получи изготвената

ЗОК.

(4) Лицето-заявитель заплаща стойността на новата ЗОК, за което РЗОК му издава съответния документ.

**Чл. 4.** (1) След представяне на документа, удостоверяващ заплащане на стойността на нова ЗОК, в срок до 3 дни лице-заявитель получава от РЗОК новоиздадената ЗОК.

(2) Новата ЗОК следва да се представи в срок до 3 дни на избрания ОПЛ за заверка.

#### ПРЕХОДНИ И ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

§ 1. Настоящите Правила влизат в сила след утвърждаването им от директора на РЗОК – Добрич и отменят Вътрешни правила № РД-16-1/25.02.2019 г..

§ 2. Контрол по изпълнение на правилата се възлага на началник отдел ФСДЧР

§ 3. Неразделна част от настоящите правила е Образец на „Молба-декларация“

Съгласували:

Йонко Севдански – заместник-директор на РЗОК-Добрич

Заличен - съгласно Регламент ЕС № 679/2016 г

Йордан Алексиев - началник отдел ФСДЧР

Заличен - съгласно Регламент ЕС № 679/2016 г

Изготвил:

Косена Костова - юрисконсулт в отдел АПОД

Заличен - съгласно Регламент ЕС № 679/2016 г

МОЛБА – ДЕКЛАРАЦИЯ

ОТ ..... ЕГН (ЕНЧ) .....  
(име презиме, фамилия)

в качеството си на:  здравноосигурено лице  родител  настойник/попечител  
 пълномощник  лице, полагащо грижи

с настоящ адрес: .....  
телефон за връзка .....

НА ..... ЕГН (ЕНЧ) .....  
(име на малолетното лице; лицето под настойничество; упълномощителя лицето получаващо грижи)

настоящ адрес: .....  
телефон за връзка .....

СЪС СЪГЛАСИЕТО НА РОДИТЕЛ/ПОПЕЧИТЕЛ .....  
(подчертава се съответното качество) (име презиме, фамилия)

ЕГН (ЕНЧ) .....  
настоящ адрес: .....  
телефон за връзка .....

**УВАЖАЕМИ/А Г-Н/Г-ЖО ДИРЕКТОР,**

Уведомявам Ви, че издадената Здравноосигурителна книжка на лицето  
..... с № ..... е

загубена  открадната  унищожена, поради което следва да се обяви за невалидна и да се издаде нова ЗОК.

Подпис на здравноосигуреното лице: .....

Подпис: .....  
(родител; настойник; попечител, пълномощник, лице полагащо грижи)

Получих от РЗОК нова Здравноосигурителна книжка с № .....  
Задължавам се в срок до 3 дни да представя на избрания общопрактикуващ лекар за заверка.

Подпис на здравноосигуреното лице: .....

Дата: .....  
гр. Добрич

Подпис: .....  
(родител; настойник; попечител, пълномощник, лице полагащо грижи)

**Уведомление за поверително третиране на личните данни**

НЗОК събира, обработва и съхранява Вашите лични данни прозрачно, законосъобразно и добросъвестно. 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/page/1869>, или го поискайте на хартиен носител от обслужващия Ви служител.

При непредставяне на личните данни, НЗОК/РЗОК не може да предостави поисканата от вас услуга.

**УВЕДОМЕНО ЛИЦЕ**

.....  
(име, презиме, фамилия)

.....  
(родител; настойник; попечител, пълномощник, лице полагащо грижи)

Дата: .....

ПОДПИС: .....