

Претенция № _____ от дата _____
/попълва се от Застрахователя/

Застрахователна полица № _____ валидна до _____

 Индивидуална Семейна Клауза: Здраве Здраве +
 Гропова Стандарт Премиум**ИСКАНЕ****ЗА ЗАВЕЖДАНЕ НА ПРЕТЕНЦИЯ ЗА ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ
НА РАЗХОДИ ЗА ЗДРАВНИ СТОКИ И/ИЛИ УСЛУГИ
ПО МЕДИЦИНСКА ЗАСТРАХОВКА ОТ:**

входящ №: _____

от дата: _____

място: _____

Заявител: _____

ЕГН _____, адрес за кореспонденция: _____

тел.: _____, e-mail: _____, Име на фирмата/Застраховач _____

В качеството ми на:

 Застраховано лице Родител/Настойник/Представител на _____

Застрахователен персонален № _____ и ЕГН _____

Претендирам да ми бъдат възстановени извършени разходи за здравни стоки и/или услуги, като представям следните документи:

- Документ за извършен преглед и/или амбулаторен лист
- Епикриза от болница - Епикриза от санаториум
- Резултати от проведени изследвания
- Разчитания от образна диагностика
- Заявление за избор на лекар / екип
- Стикери от консумативи
- Копие от рецептурна книжка и рецептурна бланка (образец на НЗОК)
- Картон с назначени физиотерапевтични процедури
- Документ с определен пълен зъбен статус при първо посещение на стоматолог
- Панорамна зъбна снимка Сегментни зъбни снимки
- Рецепта оригинал
- Фактура оригинал Фискален бон оригинал
- Декларация за изплащане на обезщетение за дете
- Други

Банкова сметка за получаване на застрахователно обезщетение:

IBAN: _____ Банка: _____

Титуляр на банкова сметка: _____

Уведомен съм, че като правоимащо лице по застраховката, трябва да предоставя личната си банкова сметка и в случай, че предоставената от мен банкова сметка е с титуляр друго лице, е необходимо изрично и писмено да декларирам това обстоятелство, както и че съм запознат с правото си да получа плащането лично, по банков път.

Долуподписаният в качеството си на застрахован/представител на застрахования декларирам, че:

1. Съм запознат с разпоредбите на Общите условия по договора, свързани с/със:

1.1. изискванията към представените документи и доказателства, удостоверяващи направените разходи за здравни услуги и стоки.

1.2. задължението да възстановя на „ЗД ЕВРОИНС“ АД изплатеното ми обезщетение в случай, че ползваните здравни услуги и/или стоки не попадат в договореното застрахователно покритие, превишават договорения лимит и/или са ползвани извън периода на застрахователното покритие.

2. Във връзка със същото застрахователно събитие:

 е получено предстои да бъде получено обезщетение от _____ в размер на _____ е предявена ще бъде предявена претенция и в _____ не е получено и не предстои да бъде получено обезщетение от друга институция (застраховател, здравна каса и други) не е предявена и няма да бъде предявена претенция и в друга институция (застраховател, здравна каса и други).

3. Информиран/а съм, че ще получавам кореспонденцията, свързана с предявената от мен претенция в онлайн досието ми на интернет страницата на застрахователя.

Информация за обработване на лични данни:

В съответствие с разпоредбите на Регламент (ЕС) 2016/679 на Европейския парламент и на Съвета (Общ регламент за защита на данните или ОРЗД) Ви информираме, че „Застрахователно дружество ЕВРОИНС“ АД обработва лични данни на ползвателите на застрахователни услуги в качеството си на администратор на лични данни.

В изпълнение на принципа за законосъобразност, добросъвестност и прозрачност при обработване на лични данни, Администраторът оповестява информацията по чл. 13 и чл. 14 от ОРЗД в Уведомление за поверителност във връзка със сключване, изпълнение на задължения и уреждане на претенции по застрахователен договор и Правила за предоставяне на информация за упражняване на правата на субектите на лични данни, които са общодостъпни и са публикувани на интернет страницата на „Застрахователно дружество ЕВРОИНС“ АД (www.euroins.bg). Тази информация може да се получи и посредством подаване на искане до Администратора или до длъжностното лице по защита на данните на Дружеството или на електронен адрес: office@euroins.bg или dpo@euroins.bg.

Дата: _____ .202__ г. Заявил: _____ (име и фамилия) _____ (подпис)