

Входящ №	
От дата	

ПРЕТЕНЦИЯ №
за изплащане на застрахователно обезщетение по здравна застраховка „БЪЛГАРИЯ ЗДРАВЕ“

От ЕГН
(име, презиме, фамилия)

Адрес за кореспонденция:
..... телефон: e-mail:

в качеството си на: застраховано лице родител/настойник на застрахованото лице
 упълномощен представител на застрахованото лице

Декларирам, че съм родител/настойник на застрахованото лице и упражнявам родителските права над:
..... ЕГН
(име, презиме, фамилия)

Застраховач / Работодател: Здравна карта №

Застрахователното събитие произтича от: заболяване злополука бременност раждане друго

Моля опишете подробно обстоятелствата и причините за настъпване на събитието
.....

Претендирам сума за възстановяване на разходи за здравни стоки и/или услуги в размер на:..... лв.

Представям следните документи: (моля отбележете с „х“)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Амбулаторен лист/друг официален документ за извършен преглед бр. | <input type="checkbox"/> Копие от Декларация за избор на екип |
| <input type="checkbox"/> Епикриза за проведено болнично лечение №..... | <input type="checkbox"/> Експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК |
| <input type="checkbox"/> Епикриза за проведено санаториално лечение №..... | <input type="checkbox"/> Болнични листове бр. |
| <input type="checkbox"/> Резултати от проведени изследвания..... бр. | <input type="checkbox"/> Картон за проведени физиотерапевтични процедури |
| <input type="checkbox"/> Разчитания от образна диагностика бр. | <input type="checkbox"/> Стикери за закупени диоптрични стъкла/лещи |
| <input type="checkbox"/> Рентгенови снимки бр. | <input type="checkbox"/> Панорамна снимка за дентален статус при първо посещение на стоматолог |
| <input type="checkbox"/> Стикери от използвани консултативни и медицински изделия..... бр. | <input type="checkbox"/> Секторна рентгенова снимка |
| <input type="checkbox"/> Рецепта бр. оригинал.....бр. | <input type="checkbox"/> Фактури с фискален бон в оригиналбр. |
| <input type="checkbox"/> Копие от рецептурна книжка №..... | <input type="checkbox"/> Други документи |

Заявявам, че желая одобрената сума да ми бъде изплатена по банкова сметка:
IBAN:, при банка

* Уведомен съм, че трябва да предоставя личната си банкова сметка, и че имам право да получа застрахователно обезщетение лично.

В случай, че предоставената банкова сметка е с титуляр друго лице, декларирам, че то е:
Титуляр:

Заявявам, че желая кореспонденцията по претенцията да се осъществява на координатите, посочени по-горе, по избор на Застрахователя. Чрез предоставянето на мобилен телефонен номер и електронен адрес се съгласявам да получавам текстови съобщения относно разглеждането на претенцията ми за изплащане на застрахователно обезщетение.

Долуподписаният Застрахован/законен представител на застрахования, декларирам, че:

- съм уведомен/а съм, че предоставените от мен лични данни (включително на други лица) се обработват от „ЗК България Иншурънс“ АД в качеството му на администратор на лични данни съгласно действащото законодателство и съм запознат съм, както и останалите застраховани лица с Уведомлението за поверителност по чл. 13 и чл. 14 от Регламент (ЕС) 2016/679, публикувано на www.bulgariainsurance.bg и налично в офисите на Застрахователя.
- Съгласен/а съм „ЗК България Иншурънс“ АД да обработва за целите на изпълнение на застрахователния договор предоставените от мен лични данни на непълнолетни застраховани лица.
- Във връзка с настоящото застрахователно събитие не е предявена претенция и не ми е изплатено застрахователно обезщетение от друг Застраховател или институция.
- Уведомен съм, че информацията за статуса на всяка моя претенция се съдържа в онлайн досието ми в електронната система на Застрахователя, достъпна на www.bulgariainsurance.bg/вход за клиенти.
- Уведомен съм, че съгласно чл. 108, ал.1, от КЗ, Застрахователят ще се произнесе в срок от 15 работни дни, считано от датата на представяне на последния изискан документ.

Дата: г. **Подпис:**