

Претенция № \_\_\_\_\_ от дата \_\_\_\_\_  
*/попълва се от Застрахователя/*

Застрахователна полица № \_\_\_\_\_ валидна до \_\_\_\_\_.

Индивидуална       Семейна      Клауза:  Здраве       Здраве +  
 Групова                       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:

Заявитель: \_\_\_\_\_,

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](http://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](mailto:office@euroins.bg) или [dpo@euroins.bg](mailto:dpo@euroins.bg).

Дата: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 202\_\_ г.      Заявил: \_\_\_\_\_ (име и фамилия) \_\_\_\_\_ (подпис)