

Дата на завеждане: _____.202_ г.

**ПРЕТЕНЦИЯ за изплащане на еднократно обезщетение по
застрахователна полица №:**

Допълнително застрахователно покритие „MediCare“ към застраховка „My Euroins Health“

От: _____ ЕГН: _____
(име, презиме и фамилия)

Адрес за кореспонденция: *град/село* _____ област: _____

ул./ж.к. _____ № _____ бл. _____ вх. _____ ет. _____

Телефон за контакт: _____ Електронна поща: _____

Лична карта №: _____ издадена от: _____

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

В качеството си на: ☐ застраховано лице ☐ законен представител на:

☐ пълномощник на: ☐ наследник на:

_____ ЕГН: _____

Данни за застрахователното събитие:

Дата на поставяне на диагнозата: _____

Диагноза (съгласно медицинска документация и МКБ код): _____

Претендирам за изплащане на Еднократно обезщетение в размер на :

☐ **10 000 EUR** – за инвазивно покрито заболяване

☐ **1 000 EUR** – за прединвазивен/ранен стадий на рак

Прилагам следните документи:

☐ Доклад за получено второ лекарско мнение с потвърдена диагноза

☐ Копие на документ за самоличност на претендиращия ☐ Удостоверение за платежна сметка

☐ Други документи



Уведомен съм, че промяна на платежната сметка обвързва застрахователя само след като той бъде изрично и писмено уведомен преди плащането, включително в хода на съдебен процес. Уведомен съм, че непредставянето на платежна сметка има последиците на забава на плащането, като застрахователят не дължи лихва.

Уведомен съм, че съгласно Кодекса за застраховането, при настъпване на застрахователно събитие Застрахователят има право на достъп до цялата медицинска документация касаеща здравословното ми състояние, от всички лица и институции съхраняващи такава информация.

Декларирам, че отговорите и информацията, дадена от мен, в мое лично качество или в качеството ми на пълномощник, е вярна и давам съгласието си ЗД "Евроинс" АД да я ползва във връзка с процедурите и администрирането на претенцията за застрахователно обезщетение.

Известно ми е, че за представянето на неверни данни нося отговорност съгласно чл. 309 НК на Република България.

С настоящото декларирам, че съм надлежно информиран/а, че съгласно чл. 16, ал. 2 от Специалните условия към допълнително покритие „MediCare“, след изплащане на еднократно обезщетение за покрито заболяване не се изплащат допълнителни обезщетения и не се организира лечение в чужбина за същото заболяване, включително при негов рецидив или усложнения.

С получаването на еднократното обезщетение изрично, доброволно и неотменимо се отказвам от правото да изисквам организиране на лечение в чужбина по същото заболяване.

Декларирам, че настоящият отказ е направен информирано и след като съм се запознал/а с договорните условия и последиците от избора ми.

ЛИЧНИ ДАННИ

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.com или dpo@euroins.com.

Formatted: Bulgarian