"ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ДРУЖЕСТВО ЕВРОИНС" АД
ЕИК: 121265113, Разрешение № 8/15.06.1998 г.
Република България, гр.София - 1592
бул. "Христофор Колумб" № 43, тел. 0700 17 241
email: call@euroins.com, www.euroins.bg

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

Застрахователна полица № _____ **валидна до** _____.

☐ **Индивидуална** ☐ **Семейна** ☐ **Групова**

Покритие: ☐ **My Euroins Health (Р България)** ☐ **My Euroins Health Plus (България и чужбина)**

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/Застраховащ _____

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
☐ Картон с назначени физиотерапевтични процедури
☐ Рецепта оригинал (в случай че не е издадена електронно)
☐ 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.com или dpo@euroins.com.

Дата: ____.____.202____г. **Заявил:** _____*(име и фамилия)* _____*(подпис)*