



Застрахователна компания „УНИКА Живот“ АД  
 София 1000, бул. „Тодор Александров“ № 18  
 тел.: 0700 111 50  
 www.uniqa.bg

ПРЕТЕНЦИЯ № [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] по полица № [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

за изплащане на застрахователна сума / възстановяване на разходи по Здравна застраховка

От \_\_\_\_\_ ЕГН [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
 (име, презиме и фамилия )

в качеството си на:  застраховано лице  законен представител  ползващо лице  наследник на

\_\_\_\_\_ ЕГН [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
 (име, презиме и фамилия )

Адрес за кореспонденция: град/село \_\_\_\_\_, област \_\_\_\_\_,

ул./ж.к. \_\_\_\_\_, № \_\_\_\_\_, бл. \_\_\_\_\_, вх. \_\_\_\_\_, ап. \_\_\_\_\_

Телефон за контакт \_\_\_\_\_

ЕЛЕКТРОННА ПОЩА \_\_\_\_\_

Желая да получавам официална кореспонденция по следния начин (моля отбележете с X):

ПО ЕЛЕКТРОННА ПОЩА (с това считам писмената форма на уведомяване за спазена)

На адрес за кореспонденция

Чрез застрахователен брокер \_\_\_\_\_  
 (име на брокера)

Вид събитие:  медицински разходи за извънболнично лечение  медицински разходи за болнично лечение

медицински разходи за медицински средства  медицински разходи за дентално лечение  дневни пари

медицински разходи за рехабилитация и физиотерапия  хирургическо лечение  фрактури  критични заболявания

Дата на събитието: \_\_\_\_\_

Причина за събитието:  заболяване  злополука  бременност  раждане

Общо претендирана сума: \_\_\_\_\_

Информация за събитието:

(моля опишете подробно произхода и естеството на заболяването или злополуката – време и място на протичане, вид увреждане, дата и лечебно заведение на първа медицинска консултация)

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### Прилагам следните документи:

- Амбулаторен лист/медицински документ от преглед \_\_\_\_\_ бр.
  - Епикриза за проведено стационарно лечение № \_\_\_\_\_
  - Фактури за медицински услуги и лекарства с фискални бонове в оригинал №№ \_\_\_\_\_
- 
- Рентгенография при лечение на пулпит и екстракция на зъб \_\_\_\_\_ бр.
  - Рецепта, в случаите в които същите не са описани в медицинския документ
  - Други документи, издадени за конкретния случай
- 

В случай, че застрахователното събитие е настъпило извън територията на Република България, съответните документи удостоверяващи настъпването му се представят като надлежно преведени и легализирани от компетентните за това служби.

### Желая сумата да ми бъде изплатена:

с банков превод по сметка: IBAN | \_\_\_\_\_

валута  BGN  EUR, при банка \_\_\_\_\_ като разходите бъдат за моя сметка.

Уведомен съм, че промяната на банкова 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 банкова сметка има последиците на забава на кредитора по отношение 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 ЗК "УНИКА Живот" 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.

### ЛИЧНИ ДАННИ

Информиран/а съм, че предоставените от мен лични данни, се обработват от ЗК „УНИКА Живот“ АД, в качеството им на администратори на лични данни, съгласно действащото национално законодателство. Запознах се с Уведомлението за поверителност, налично на сайта на дружеството [www.unika.bg](http://www.unika.bg) и във всеки негов офис, което съдържа основанието и целите за обработката на лични данни, трети лица, имащи достъп до тях, срока за съхранение, правата ми и данни за контакт.

Дата на представяне на претенцията: \_\_\_\_\_ г. Подпис на заявителя: \_\_\_\_\_