

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 _____
(имейл 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 ☐ EUR ☐ USD, 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 ДАНИИ

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 и във всеки негов офис, което съдържа основанията 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: _____