

УВЕДОМЛЕНИЕ - ПРЕТЕНЦИЯ

за получаване на застрахователно обезщетение по здравна застраховка

по полица №/..... Г.

Застраховано лице:

(име, презиме и фамилия)

ЕГН:

Здравна карта №

в качеството си на: застраховано лице законен представител:

..... ЕГН

(име, презиме и фамилия)

Адрес за кореспонденция:

.....

Телефон за връзка:

Мобилен:

E-mail:

.....

.....

.....

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

- По електронна поща (с това считам писмената форма за уведомяване за спазена)
 - На адрес за кореспонденция
 - Чрез застрахователен брокер
- (име на брокера)

Застрахователно събитие

- Прегледи
- Изследвания
- Болнично лечение
- Дентална медицина
- Разходи за медикаментозно лечение
- Разходи за медицински консумативи
- Други

Опис на представените документи

- Оригинал /или копие/ медицински документбр.
- Оригинална /или копие/ рецептабр.
- Оригинална /или копие/ епикризабр.,
- Копие на ЛАК (картон),
- Оригинална фактурабр.
- Фискален бонбр.
- Други

Декларирам, че информацията, дадена от мен по-горе, е вярна и пълна и давам съгласието си „Животозастрахователен институт“ АД да я използва във връзка с процедурите и администрирането на претенцията за застрахователно обезщетение. Известно ми е, че за неверни данни нося отговорност съгласно НК на Република България.

Размер на претенцията: ЛВ.

Желая сумата да ми бъде изплатена:

с банков превод по сметка: IBAN

при банка

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.

ЛИЧНИ ДАННИ

Информиран/а съм, че предоставените от мен лични данни, се обработват от „Животозастрахователен институт“ 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.jzibg.com, 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.

Подпис на заявителя:

Подпис на лицето приело претенцията:

Декларирам, че информацията, дадена от мен по-горе, е вярна и пълна и давам съгласието си „Животозастрахователен институт“ АД да я използва във връзка с процедурите и администрирането на претенцията за застрахователно обезщетение. Известно ми е, че за неверни данни носят отговорност съгласно НК на Република България.