

Входящ №	
От дата	

ПРЕТЕНЦИЯ №

за изплащане на застрахователно обезщетение по здравна застраховка „БЪЛГАРИЯ ЗДРАВЕ“

От ЕГН
(име, презиме, фамилия)

Адрес за кореспонденция:

..... телефон: e-mail:

в качеството си на: ☐ застраховано лице ☐ законен представител на застрахованото лице..... ЕГН
(име, презиме, фамилия)

Застраховач / Работодател: Здравна карта №

Застрахователното събитие произтича от: ☐ заболяване ☐ злополука ☐ бременност ☐ ражданеМоля опишете подробно обстоятелствата и причините за настъпване на събитието:
.....

Желая да ми бъдат възстановени разходи за здравни стоки и/или услуги в размер на: лв.

Представям следните документи: (моля отбележете с „х“)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Амбулаторен лист/друг официален документ за извършен преглед бр. | <input type="checkbox"/> Стикери от използвани консумативи и медицински изделия |
| <input type="checkbox"/> Резултати от проведени изследвания бр. | <input type="checkbox"/> Процедурен картон за проведени физиотерапевтични процедури |
| <input type="checkbox"/> Разчитания от образна диагностика бр. | <input type="checkbox"/> Стикери за закупени диоптрични стъкла/лещи |
| <input type="checkbox"/> Рентгенови снимки бр. | <input type="checkbox"/> Панорамна снимка, удостоверяваща дентален статус при първо посещение на стоматолог |
| <input type="checkbox"/> Епикриза за проведено болнично лечение № | <input type="checkbox"/> Секторна рентгенова снимка |
| <input type="checkbox"/> Епикриза за проведено санаториално лечение № | <input type="checkbox"/> Рецепта бр. |
| <input type="checkbox"/> Копие от Декларация за избор на екип | <input type="checkbox"/> Копие от рецептурна книжка № |
| <input type="checkbox"/> Експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК | <input type="checkbox"/> Фактура в оригинал с фискален бон в оригинал №№ |
| <input type="checkbox"/> Копие от болничен лист № | <input type="checkbox"/> Други документи |

Желая сумата да ми бъде изплатена с банков превод по банкова сметка:

IBAN: , при банка

Титуляр:

Заявявам, че желая кореспонденцията по претенцията да се осъществява чрез:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Писмо на посочения адрес за кореспонденция; | <input type="checkbox"/> Писмо на посочения e-mail адрес; |
| <input type="checkbox"/> Интернет страницата на Застрахователя; | <input type="checkbox"/> СМС на посочения телефон. |

Долуподписаният Застрахован/законен представител на застрахования, декларирам, че:

1. Давам съгласието си «ЗАСТРАХОВАТЕЛНА КОМПАНИЯ БЪЛГАРИЯ ИНШУРЪНС» АД в качеството му на администратор на лични данни да обработва и съхранява предоставените от мен лични данни, както и да изисква и получава цялата медицинска документация във връзка със здравословното ми състояние (здравословното състояние на лицето, чийто законен представител съм) от всички лица, съхраняващи такава информация.
2. Във връзка с настоящото застрахователно събитие не е предявена претенция и не ми е изплатено застрахователно обезщетение от друг Застраховател или институция.
3. Уведомен съм, че информацията за статуса на всяка моя претенция се съдържа в онлайн досието ми в електронната система на Застрахователя, достъпна на www.zadbg.bg/вход_за_клиенти.
4. Уведомен съм, че съгласно чл. 108, ал. 1, от КЗ, Застрахователят ще се произнесе в срок от 15 работни дни, считано от датата на представяне на последния изискан документ.

Дата: г.

Подпис: