

УВЕДОМЛЕНИЕ ЗА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ ПО ЗАСТРАХОВКА „ЗАБОЛЯВАНЕ“

подадено on-line чрез регистрация в клиентския портал

1. От..... телефон за контакт
Адрес за кореспонденция
e-mail:..... мобилен телефон.....
Месторабота

ЕГН

Застр.№

Претенцията се отнася за:

☐ служител

☐ член на семейство

2. Уведомлението е подадено от законен представител или упълномощено лице:

Три имена по лична карта:..... тел. за контакт.....

ЕГН:..... Адрес или e-mail:.....

Уведомлението е подадено чрез застрахователен брокер:

Наименование:.....

Адрес и телефон:.....

Моля, в съответствие с Договора за медицинска застраховка и закупените пакети здравни услуги
и Общите условия към тях да ми бъдат възстановени финансови средства в размер нав.
/словом...../ по банкова сметка
IBAN

B	G																				
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Титуляр на сметката /трите имена по лична карта/

ЕГН

Запознах се с Уведомлението за поверителност на "ОЗОФ Доверие ЗАД" АД и ми е известно, че "ОЗОФ Доверие ЗАД" АД в качеството си на администратор обработва моите лични данни, за да се направи преценка за настъпило застрахователно събитие на основание установяването и упражняването на правни претенции. Ще упражнявам своите права във връзка със защитата на личните ми данни в съответствие с изискванията на закона.

Чрез предоставянето на мобилен телефонен номер и електронен адрес се съгласявам да получавам текстови съобщения относно процедурите по уведомлението. Запознат съм с възможността да се откажа от получаването на такива съобщения, като заявя писмено отказа си на електронен адрес: office@ozof-doverie.bg

3. Декларирам, че:

- Приложените към настоящото уведомление документи, свързани с претенция за изплащане на застрахователно обезщетение по здравна застраховка „Заболяване“ към „ОЗОФ Доверие ЗАД“ АД, са представени лично от мен, в качеството ми на заявител/законен представител по застрахователна претенция за възстановяване на разходи.
- Представените от мен документи са издадени от надлежни лица/органи и отразените в тях обстоятелства са настъпили във вида и по начина, посочени в тях.
- Разполагам с оригиналите на изпратените документи и ги съхранявам. Предупреден/а съм, че при поискване съм готов/а в рамките на законовия срок да ги предоставя на Застрахователя на хартиен носител в оригинал.
- Не съм застраховано лице по друга идентична застраховка, сключена с друг застраховател, различен от „ОЗОФ Доверие ЗАД“ АД и даваща право на обезщетение за същото застрахователно събитие и за претендираните от мен разходи.

4. Прилагам следните документи:

(Моля, оградете с кръг документите, които представяте и отбележете техния брой)

1. Медицински документ / амбулаторен лист или епикриза / отразяващ заболяването по повод на което са изписани съответните медикаменти и консумативи или извършено лечение -бр.
2. Рецепта за предписани лекарствени средства и / или медицински изделия.....бр.
3. Оригинална фактура, придружена с фискален бон.....бр.
4. Копие от банков документ, удостоверяващ верността на данните за титуляр на посочената банкова сметка.

5. Други.....бр.
.....
.....

Запознат съм, че до представянето на документите, описани в чл.21 от Общите условия на “ОЗОФ Доверие ЗАД” АД, няма да текат сроковете, предвидени по чл. 106, ал. 1 от Кодекса на застраховането.

Известно ми е, че за предоставянето на неверни данни и документи, включително изпратени по електронен път, нося наказателна отговорност съгласно чл.313 от Наказателния кодекс.

Дата.....Г.

Подпис.....

Застрахован / Законен

представител/Пълномощник

5. Приел документите:служител Забележка.....

Дата.....Г.

УКАЗАНИЯ

за

I. ПОПЪЛВАНЕ НА УВЕДОМЛЕНИЕ ЗА ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА РАЗХОДИ

Уведомлението се попълва лично от Застрахования или от негов представител:

В т.1. се изписват трите имена на застрахованото лице по лична карта, ЕГН , актуален адрес за кореспонденция, телефон за връзка, мобилен телефон и **e-mail**. При договор за групова медицинска застраховка в полето “Месторабота” се изписва наименованието на фирмата, сключила договора за групова медицинска застраховка. Със знака “X” се отбелязва дали застрахованото лице е застраховано като служител или като член на семейството.

В т.2 в случай, че застрахованото лице е под 18 годишна възраст или уведомлението се подава от пълномощник се попълват трите имена на законния представител или пълномощника по лична карта, ЕГН, актуален адрес за кореспонденция, телефон за връзка, мобилен телефон и **e-mail**.

В т.4 се описват документите, представени с уведомлението. Ограждат се с кръг, документите които се представят и се вписва техния брой. В графа “Други” се описват и други представени документи, доказващи застрахователната претенция.

II. ПОДАВАНЕ НА УВЕДОМЛЕНИЕ ЗА ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА РАЗХОДИ

1. Застрахованият (негов законен или упълномощен представител) уведомява “ОЗОФ Доверие ЗАД”АД за настъпилото застрахователно събитие чрез подаване на писмено Уведомление за щета по образец на Застрахователя .

2. Уведомлението се подава директно или от брокер on-line чрез регистрация в клиентския портал на дружеството <http://www.ozof-doverie.bg>.

3. Застрахованият (негов законен или упълномощен представител) трябва да предяви претенцията си в срок от 30 календарни дни от настъпване на събитието, освен ако в договора за медицинска застраховка не е посочен друг срок. Ако по уважителни причини не спази този срок, Застрахованият следва да изложи в писмен вид причините за закъснението си.

4. Приемащият Уведомлението, служител на “ОЗОФ Доверие ЗАД”АД, проверява за точното и пълно изписване на личните данни на застрахования и за съответствието на приложените документи към уведомлението.

III. ПРОЦЕДУРА ПО ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА РАЗХОДИ

1. ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ заплаща на ЗАСТРАХОВАНОТО лице определения от него размер за възстановяване на разходи съобразно договорената застрахователна сума в срок от 15 (петнадесет) работни дни, считано от датата на представяне на всички необходими документи. Плащането се извършва по посочена от Застрахования банкова сметка.

2. При желание за ползване на съзастраховане ЗАСТРАХОВАЩИЯТ и /или ЗАСТРАХОВАНОТО ЛИЦЕ са длъжни при подписване на застрахователния договор да спазят изискванията на *Раздел VII “Съзастраховане“* от Кодекса за застраховането (КЗ).

3. При неспазване на законовото изискване (*Раздел VII “Съзастраховане“* от КЗ) ЗАСТРАХОВАТЕЛЯТ не изплаща претендираната сума.