ЗАЯВЛЕНИЕ

за възстановяване на разходи по здравна застраховка „Групама Вита“

Заявител / застраховано лице:

Три имена:	**ЕГН/ЛНЧ:**
Адрес за кореспонденция:	
Ел. поща:	**Телефон:**

Попълвам настоящето в качеството си на законен представител/настойник на:

Три имена:	**ЕГН/ЛНЧ:**

Карта №: 4502……/…….. **Работодател:** ……..

Сума за възстановяване: **Валута:** лева ☐ / евро ☐

Банкова сметка за изплащане на застрахователното обезщетение:

IBAN:																					

Банка: …… **Титуляр:** …… **ЕГН:** ……..

Всички суми в лева ще бъдат възстановени в евро по официалния фиксиран курс от 1.95583 лв. за 1 евро.

ПРЕДОСТАВЕНИ ДОКУМЕНТИ*, удостоверяващи размера и основателността на претенцията в зависимост от разхода (моля отбележете)

☐ Амбулаторен/-и лист/-ове

☐ Документи (резултати) от проведени изследвания, в т.ч. разчитане на образни изследвания

☐ Рецепта за терапия, в. т.ч и за корекция на зрението

☐ Епикриза/и

☐ Заявление за избор на екип

☐ Копие от рентгенова снимка

☐ Стикери от платени консумативи (медицински изделия, ползвани при операция или опаковки на диоптрични стъкла/лещи (копия)

☐ Физиотерапевтична карта (карта с извършените процедури)

☐ Фактура на Ваше име с касов бон за заплатената сума

☐ Други, не посочени по-горе, документи: ……..
……

**Моля да имате предвид, че всички предоставени с настоящото заявление документи /доказателства следва да са издадени от надлежни лица/органи и отразените в тях обстоятелства са настъпили във вида и по начина, посочени в тях. Уверете се, че разполагате с оригиналите на изпратените документи и ги съхранявате по надлежния начин. Застрахователят си запазва правото да изиска оригинали на документите и/или допълнителни документи, имащи отношение към застрахователната претенция, в хода на оценката й в срок до 5 години от датата на настъпването на застрахователното събитие, породило задължението за възстановяването на направените разходи.*

Декларации: Всички предоставени с настоящото заявление документи /доказателства 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. Запознат/а съм, че при поискване от застрахователя съм задължен да му ги представя в оригинал.

Чрез предоставянето на мобилен телефонен номер и електронен адрес се съгласявам да получавам уведомления относно развитието на заведената претенция. Запознат/а съм с възможността да се откажа от получаването на такива съобщения.

Запознат/а съм, че при предоставяне на невярна информация, Застрахователя има право да откаже претенция за изплащане на застрахователно обезщетение, както и да прекрати застрахователното покритие.

Запознат/а съм, че вписаните мои данни, които с налични по смисъла на Закона за защита на личните данни и Регламент (ЕС)2016/679 на ЕП и Съвета от 24.04.2016г., ще бъдат събирани и обработвани за целите и от лицата, посочени в „Уведомление за поверителност“, неразделна част към Общите условия на застраховката и достъпни на адрес: www.groupama.bg .

Дата и място на подаване: **Три имена и подпис на заявителя:**