

ЗАЯВЛЕНИЕ

за възстановяване на разходи по здравна застраховка „Групама Вита“

Заявитель / 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..... / **Работодатель:**

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

Банкова сметка за изплащане на застрахователното обезщетение:

[illegible]

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 ѝ в срок до 5 години от датата на настъпването на застрахователното събитие, породило задължението за възстановяването на направените разходи.

В процеса по уреждане на претенцията съм представяван от застрахователния посредник:

..... с ЕИК/ЕГН: Адрес:

Ел. поща: Тел.: Контактно лице:

С настоящето възлагам на и упълномощавам застрахователния посредник да ме представлява в процеса по завеждане и уреждане на тази застрахователна претенция по здравна застраховка „Групама Vita“ като от мое име попълни, подпише и представи пред застрахователя всички необходими документи и доказателства.

Комуникацията след завеждане на претенцията от пълномощника, във връзка с предоставяне на допълнително изискани от Застрахователя доказателства, желая да бъде осъществявана (моля отбележете една от посочените по-долу опции):

- ☐ със съдействието на пълномощника на посочените по-горе ел. поща и/или адрес за кореспонденция,
- ☐ директно с мен на посочените в настоящето заявление личен и-мейл и/или адрес за кореспонденция, различни от тези на застрахователния посредник

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 неверна 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: