



# ЗАЯВЛЕНИЕ

ПО ЗАСТРАХОВКА „ЗАБОЛЯВАНЕ“ – ЗДРАВНА ЗАСТРАХОВКА „ГРУПАМА VITA“

## ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА РАЗХОДИ

### Данни за застрахованото лице:

Имена (по лична карта):

ЕГН:

Адрес за кореспонденция:

Телефони за връзка:

Електронна поща:

### Данни за застрахователното покритие (информацията може да намерите на вашата карта):

Единен застрахователен номер:

Застрахователно покритие:

Валидно от:

Валидно до:

Работодател:

### Застрахователната претенция се отнася за (моля да отбележете):

Застраховано лице

Член на семейство на Застраховано лице

Уведомлението е подадено от законен или упълномощен представител на Застрахованото лице:

Имена (по лична карта):

ЕГН:

Адрес за кореспонденция:

Телефони за връзка:

Електронна поща:

**В съответствие със закупените пакети здравни услуги и Общите условия към тях, заявявам застрахователна претенция във връзка с реализирано застрахователно събитие и бих искал да ми бъдат възстановени финансови средства в размер на:**

..... лв. (с думи: .....)

### Банкова сметка, на която следва да бъдат възстановени направените разходи:

IBAN:

Банка:

Титуляр по сметката:

### Вид на направения разход, който следва да бъде възстановен (моля отбележете):

- |   |                          |   |                          |
|---|--------------------------|---|--------------------------|
| Разходи за амбулаторно лечение – преглед                    | <input type="checkbox"/> | Разходи за болнично лечение                     | <input type="checkbox"/> |
| Разходи за амбулаторно лечение – лаборатория                | <input type="checkbox"/> | Разходи за раждане                              | <input type="checkbox"/> |
| Разходи за физиотерапия                                     | <input type="checkbox"/> | Разходи за очила (лещи)                         | <input type="checkbox"/> |
| Разходи за медицински консумативи                           | <input type="checkbox"/> | Разходи за лекарства / лечение с др. препарати  | <input type="checkbox"/> |
| Разходи за амбулаторно лечение – друго                      | <input type="checkbox"/> | Разходи за медицински изделия                   | <input type="checkbox"/> |
| Разходи за допълнителни услуги по време на болничен престой | <input type="checkbox"/> | Разходи свързани с проследяването на бременност | <input type="checkbox"/> |
| Разходи за дентално/ортодонтско лечение                     | <input type="checkbox"/> | Разходи за ВСМИ                                 | <input type="checkbox"/> |



# ЗАЯВЛЕНИЕ

ПО ЗАСТРАХОВКА „ЗАБОЛЯВАНЕ“ – ЗДРАВНА ЗАСТРАХОВКА „ГРУПАМА ВИТА“

## ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА РАЗХОДИ

Друго

### Приложени документи удостоверяващи размера и основателността на застрахователната претенция за възстановяване на разходи (моля отбележете):

#### Медицински документи

(оригинал или заверено от издателя копие, копие при електронно подаване)

- ✓ Амбулаторен лист за извършен преглед и назначена терапия (ако има)
- ✓ Друг медицински документ съдържащ диагноза, анамнеза и терапия
- ✓ Направление за извършване на медицинско изследване – ВСМИ и/или кръвно изследване
- ✓ Резултати от извършени кръвни изследвания
- ✓ Разчитане на инструментални изследвания
- ✓ Рецепта, с назначение на определената и заплатена от застрахования терапия или корекция на зрението
- ✓ Копие от опаковка на диоптрични стъкла или лещи
- ✓ Копие от стикери за вложени или ползвани медицински изделия
- ✓ Картон (друг документ) показващ извършените физиотерапевтични и/или рехабилитационни процедури
- ✓ Епикриза от проведено болнично лечение или едnodневна хоспитализация

#### Финансови документи

(предоставят се в оригинал, освен при подаване на уведомлението по електронен път)

- ✓ Фактура на името на застрахованото лице
- ✓ Касов бон за заплатената сума, равен на сумата вписана във фактурата
- ✓ Бележка за транзакция на терминал – в случаите на безкасово плащане и не издаване на касов бон
- ✓ Копие от банков документ, удостоверяващ верността на данните за титуляр на посочената банкова сметка

**ЗАБЕЛЕЖКА:** В случаите, в които уведомлението се подава само в електронен вариант (сканирани документи), то на фактурата и другите финансови документи, застрахования или неговия законен или упълномощен представител, собствено ръчно следва да изпише „настоящия документ е част от уведомление за застрахователно събитие, подадено на: .....г. Декларирам, че няма да предявявам сумите за възстановяване пред други застрахователи!“ Поставя се дата, три имена и подпис.

Друго

**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**

### Декларирам, че:

Приложените към настоящото уведомление документи, свързани с претенция за изплащане на застрахователно обезщетение по здравна застраховка „Заболяване“ – „Групама Вита“ на „Групама



**Групата**  
Застраховане

# ЗАЯВЛЕНИЕ

ПО ЗАСТРАХОВКА „ЗАБОЛЯВАНЕ“ – ЗДРАВНА ЗАСТРАХОВКА „ГРУПАМА VITA“

## ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА РАЗХОДИ

Застраховане“ ЕАД, 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 „Групата Застраховане“ ЕАД и даваща право на обезщетение за същото застрахователно събитие и за претендираните от мен разходи.

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.

Информиран/а съм, че при представяне на невярна информация, Застрахователят има право да откаже претенцията за изплащане на застрахователно обезщетение, както и да прекрати застрахователното покритие.

Запознат/а съм, че вписаните мои данни, които са лични по смисъла на Закона за защита на личните данни и Регламент (ЕС) 2016/679 на ЕП и Съвета от 27.04.2016 г., 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](http://www.groupama.bg).

Дата на попълване:

Място:

Попълнил уведомлението (собственооръчно – три имена и подпис):