

Служител обработващ претенцията:

Пряк ръководител:

Медицински съветник:

Мениджър:

Окончателно решение:

Коментари по плащането:

Застраховател



Презастраховател



Форма - уведомление за настъпило застрахователно събитие

Застрахователна компания България Иншурънс АД

ЗДРАВЕ БЕЗ ГРАНИЦИ

Международни здравни планове

Моля попълнете всички секции в тази форма, използвайки само ГЛАВНИ букви и синьо мастило. Вие трябва да посочите изчерпателно секции 1, 2, 3 и 4. Медицинско лице трябва изчерпателно да попълни секции 6, 7 и 8. Вие и медицинското лице трябва да подпишете тази форма и да посочите съответната дата. Формата трябва да е придружена с оригиналите на надлежните фактури, вкл. касови бележки, рецепти и други финансови и медицински документи; в противен случай претенцията Ви може да не бъде разгледана по същество. Трябва да посочите Вашия ЕГН/ЛНЧ, за да можем да обработим претенцията Ви.

Ако имате въпроси по тази форма или по останалите аспекти на Вашето покритие, моля обадете ни се на телефон +359 (0) 700 13 555 и потърсете отдел „Здравно застраховане“.

1. Информация за застрахователя и пациента

| | | |
|---|-----------------|--|
| Име, презиме, фамилия на застрахователя | ЕГН/ЛНЧ | Номер на застрахованото лице – съгласно Вашата здравна карта |
| Име, презиме, фамилия на пациента | ЕГН/ЛНЧ | |
| Адрес на пациента | | Номер на групата (ако е приложимо) |
| Домашен телефон | Мобилен телефон | Дата на раждане на пациента (ако са различни) |
| E-mail | | Служебен телефонен номер |
| | | Връзка на пациента със застрахователя |

2. Да се попълва от пациента (или родител/законен представител, ако пациентът е на възраст под 18 години)

- Ако плащането ще бъде към лице, различно от застрахователя (напр. настойника на пациента), моля попълнете следното:
- Плащанията ще бъдат извършвани в лева, освен ако писмено не е уговорено друго със застрахователя.

Давам съгласието си обезщетението да бъде изплатено директно на

Г-жа/Г-н: Име, презиме, фамилия:

Адрес:

Подпис на застрахователя или законен представител

Дата:

Каква е първоначалната валута, в която е таксувано лечението?

Име и телефонен номер на личния лекар на пациента:

IBAN:

BIC:

Име на титуляра на сметката

- Ако лечението е проведено извън България, моля посочете следното:

(а) Страна, в която е проведено лечението

(б) Причина за пребиваването на пациента в чужбина

(в) Дати на отпътуване и пристигане в България от _____ до _____

- Искът, който подавате, включва ли парично обезщетение за болничен престой? Моля, отбележете с Да Не

В случай на утвърдителен отговор, моля приложете копия на документите, с които сте приети и изписани от болницата или клиниката.

3. Информация за други застрахователи

Лечението свързано ли е с претърпял инцидент? Моля, отбележете с Да Не Лечението покрито ли е по друга застр. полица? Моля, отбележете с Да Не
Ако сте отговорили с "ДА" на някой от тези въпроси, моля да предоставите име, адрес и тел. за контакт на застрахователната компания, която е осигурила покритие за конкретния случай.

Застраховател



"Застрахователна компания България Иншурънс" АД
Бул. България 83А,
1404 София, България
Тел.: +359 (0) 700 13 555
www.bulgariainsurance.bg
Лиценз № 432-03/14.06.2013
от Комисията по финансов надзор

Презастраховател



AXA PPP healthcare Limited.
Registered office: 5 Old Broad Street,
London, EC2N 1AD, United Kingdom.
Registered in England No. 3148119.
Authorised by the
Prudential Regulation Authority
and regulated by the
Financial Conduct Authority
and the Prudential Regulation Authority.
© AXA PPP healthcare Limited 2018.

4. Декларация и съгласие на пациента (попълва се от пациента, или негов законен представител, ако пациентът е на възраст под 18 години)

ЗАЩИТА НА ЛИЧНИТЕ ДАННИ

ЗК България Иншурънс защита поверителността Ви и се ангажира със защитата на личните Ви данни, получени в хода на своята дейност и в съответствие с приложимите закони и разпоредби по отношение на обработката на лични и чувствителни лични данни. Ние носим отговорност за събирането, притежаването, обработването, използването и/или прехвърлянето на лични данни в съответствие с изискванията на Общия регламент относно защитата на данните (GDPR) и Закона за защита на личните данни (ЗЗЛД).

Информираме Ви, че по силата на горепосочените закони и разпоредби, личните данни, които ще ни предоставите при попълването на тази форма относно Вас и членове на Вашето семейство ползващи застрахователно покритие по Международния здравен план на ЗК България Иншурънс, се събират от ЗК България Иншурънс в съответствие с целите, споменати в подписаната от Вас декларация при кандидатстването Ви по Международния здравен план на ЗК България Иншурънс. По-специално, събирането на данните чрез тази форма се прави с цел:

1. Възпиране на всяка незаконосъобразна претенция и/или измама, или случаи, при които едно лице претендира за компенсация два пъти от две различни застрахователни компании.
2. Събиране на документация (фактури в оригинал, рецепти и др.) с цел обработване на претенцията. Възможно е ЗК България Иншурънс да не удовлетвори претенцията, ако липсва необходимата информация свързана с лицето - подател, или неговия подпис и настъпилото застрахователно събитие.
3. Правилно вътрешно администриране и обработване от ЗК България Иншурънс, както и потвърждение на застрахователното покритие. Претенцията може да не бъде удовлетворена при липса на информация за това, кой е подателят на претенцията, какво лечение е назначено и къде е проведено лечението.
4. Потвърждение дали заболяването, инцидентът, хоспитализацията и т.н., които са предмет на претенцията, се покриват от Международния здравен план на ЗК България Иншурънс.

Всички данни, които се отнасят за Вас ще бъдат съхранявани при условията на конфиденциалност и няма да бъдат разкривани на трети страни, освен ако не е предвидено в Закона. Данните ще бъдат обработвани само от оторизирани служители на ЗК България Иншурънс, които притежават подходящи професионални и технически познания. Вие имате право на достъп до и корекции на личните данни, които ни предоставяте.

Подробна информация за условията, при които можете да упражните Вашите права, ще намерите в Политиката за упражняване на правата на субектите на личните данни на нашия уебсайт (www.bulgariainsurance.bg), както и на място в нашите офиси.

Декларация и съгласие на пациента

Декларирам, че аз съм пациентът, родител и/или настойник на пациента (ако пациентът е на възраст под 18 години).

Желая да получа обезщетение и декларирам, че цялата информация, която предоставям е вярна, точна и включва всички факти, които са ми известни. Уведомен съм, че предоставените от мен лични данни, (включително тези на останалите застраховани лица) се обработват от ЗК България Иншурънс, в качеството му на администратор на лични данни, съгласно действащото законодателство. Запознат съм (както и останалите застраховани лица) с Уведомлението за поверителност по чл. 13 и чл. 14 от Регламент (ЕС) 2016 / 679, публикувано на уебсайта на Дружеството www.bulgariainsurance.bg и налични в офисите му.

Съгласявам се и давам разрешение на своя лекар да обсъжда заболяването ми и детайлите по лечението ми със ЗК България Иншурънс. Съгласявам се, че един екземпляр от настоящия документ включващ декларацията за съгласие ще има силата на оригинал.

Подпис: ✕ _____ Име: ✕ _____ Дата: ✕ _____

Изпратете това уведомление за застрахователно събитие заедно със съответните документи към Вашата застрахователна претенция на: ЗК България Иншурънс, София, 1404, бул. България 83А

5. Директно отчитане и плащане на разходите от ЗК България Иншурънс

Болничното лечение подлежи на предварително одобрение от ЗК България Иншурънс (вижте Вашето Ръководство за ползване за повече информация). Вие трябва да се свържете с нас на +359 (0) 700 13 555 най-малко 10 дни преди лечението с оглед на процедурата по предварително одобрение.

Уведомлението за настъпило застрахователно събитие трябва да се подаде в срок до 90 дни считано от датата на стартиране на лечението, заедно с оригиналите на всички фактури и други документи – както е описано в общите условия по застрахователния договор. Претенции, които не са подадени в срок до 90 дни от датата на лечението, няма да бъдат разглеждани по същество. Самото издаване и публикуване на настоящата форма не предпоставя и не е свързано с каквито и да било задължения за ЗК България Иншурънс и/или AXA PPP healthcare Limited. Съветваме Ви за Вашата собствена документация да направите копие на попълненото уведомление, както и на всички придружаващи го документи.

6. Медицинска секция

(Да се попълни от медицинското лице, предоставило лечение на пациента – моля попълнете всички точки в тази секция, използвайки само ГЛАВНИ букви и синьо мастило. Ще изискваме доказателство за всички извършени диагностични тестове, а в определни случаи и за резултатите от тях; за тези случаи ще попитаме допълнително). Моля продължете на отделен лист ако е необходимо, като отбележите ясно точката, за която се отнася текстът. Моля подпишете този лист и го приложете към настоящото уведомление.

1. Моля посочете подробности относно симптомите, за които сте информирани:

2. Моля посочете датата, на която пациентът за първи път е узнал за каквито и да е симптоми свързани със състоянията, за които се претендира обезщетение (ДД/ММ/ГГГГ):

3. Моля посочете датата, на която пациентът за първи път се е консултирал с медицинско лице за това състояние: _____

4. Моля представете пълната история на медицинското състояние, изискващо лечение, включително изчерпателни подробности за всяко предходно изследване/лечение, както и съответните дати: Дати:

5. Дали пациентът е насочен към вас от друг практикуващ лекар?

6. Насочвали ли сте пациента към диагностични изследвания. Ако да, моля посочете подробности:

7. Моля посочете точната диагноза (след като са били проведени всички диагностични изследвания):

8. Моля посочете подробности за всяко настоящо и/или бъдещо планирано лечение:

9. Предписани лекарства и други средства (моля избройте): Предписани брой таблетки/количество разтвор: _____ Период на приемане на медикаментите: _____

10. Име на пациента на когото е предоставено лечението (моля попълнете с печатни букви):

7. Информация за лечебното заведение (Да се попълни от медицинско лице)

Име и адрес на лечебното заведение:

Дата на приемане за лечение: Дата на хирургична интервенция (ако има такава): _____ Дата на изписване: _____

8. Декларация на медицинското лице

Декларирам, че съм медицинското лице, предоставило лечение на пациента, и че доколкото ми е известно, разкритата във връзка с това информация е вярна и точна.

От колко време познавате пациента? Имате ли достъп до достъп до медицинска документация на пациента?

Име на медицинското лице (моля попълнете с печатни букви): _____

Специалност: _____ Печат на болницата или медицинската практика: _____

Подпис: _____

Дата: _____ 3