

Застраховател



Печати

Презастраховател



Форма - уведомление за настъпило застрахователно събитие

Застрахователно Дружество България

## ЗДРАВЕ БЕЗ ГРАНИЦИ

Международни здравни планове

Моля попълнете всички секции в тази форма, използвайки само ГЛАВНИ букви и синьо мастило. Вие трябва да попълните 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 формата може да не бъде обработена. Трябва да посочите номера на личната си карта/паспорт и Вашия ЕГН/ЛНЧ, за да можем да обработим иска 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

№ на ЛК/паспорт

ЕГН/ЛНЧ

Име, презиме, фамилия на пациента

№ на ЛК/паспорт

ЕГН/ЛНЧ

Адрес на пациента

Домашен телефон

Мобилен телефон

E-mail

Номер на застрахованото лице – съгласно Вашата здравна карта

Номер на групата (ако е приложимо)

Дата на раждане на застрахователя

Дата на раждане на пациента (ако са различни)

Служебен телефонен номер

Връзка на пациента със застрахователя

### 2. Да се попълва от пациента (или възрастен застраховател, ако пациентът е на възраст под 18 години)

1. Ако плащането ще бъде към лице, различно от застрахователя (напр. настойника на пациента), моля попълнете следното:

Давам съгласието си обезщетението да бъде изплатено директно на

Г-жа/Г-н: Име, презиме, фамилия:

Адрес:

Подпис на застрахователя:

Дата:

2. Плащанията ще бъдат извършвани в лева, освен ако писмено не е уговорено друго със застрахователя.

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

3. 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 \_\_\_\_\_

4. 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.

#### 4. Декларация и съгласие на пациента (попълва се от пациента, или възрастен застраховател, ако пациентът е на възраст под 18 години)

##### ЗАКОН ЗА ЗАЩИТА НА ЛИЧНИТЕ ДАННИ („ЗАКОНЪТ“)

Информираме Ви, че по силата на горепосочения Закон, 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 ЗД България, се събират от ЗД България в съответствие с целите, споменати в подписаната от Вас декларация при кандидатстването Ви по Международния здравен план на ЗД България. По-специално, събирането на данните чрез тази форма се прави с цел:

1. Възпиране на всеки незаконосъобразен иск и/или измама, или случаи, при които едно лице претендира за компенсация два пъти от две различни застрахователни компании.
2. Събиране на документация (заверени и номерирани фактури, рецепти и др.) с цел обработване на иска. Възможно е ЗД България да не удовлетвори иска, ако липсва необходимата информация свързана с лицето - подател, или неговия подпис.
3. Правилно вътрешно администриране и обработване от ЗД България, както и потвърждение на застрахователното покритие. Искът може да не бъде удовлетворен при липса на информация за това, кой е подателят на иска, какво лечение е назначено и къде е проведено лечението.
4. Потвърждение дали заболяването, инцидентът, хоспитализацията и т.н., които са предмет на иска, се покриват от Международния здравен план на ЗД България.

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 ЗД България, които притежават подходящи професионални и технически познания. Вие имате право на достъп до и корекции на личните данни, които ни предоставяте.

##### 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. С цел искът ми за обезщетение да бъде обработен и удовлетворен, давам съгласието си ЗД България да обработва личните ми данни включени в тази форма и във всички медицински доклади, които могат да бъдат предоставени от мое име на ЗД България.

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

Да бъде подписан от лицето, за което се отнася искът за обезщетение (родител/настойник, ако лицето е на възраст под 18 години)

Подпис: ✕

Име: ✕

Дата: ✕

Изпратете това уведомление за застрахователно събитие заедно с документите подкрепящи Вашия иск на:  
ЗД България, Отдел „Здравно застраховане“, София, 1404, бул. България 83А

#### 5. Директно отчитане и плащане на разходите от ЗД България

Болничното лечение подлежи на предварително одобрение от ЗД България (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. Искове, които не са подадени в срок до 90 дни от датата на лечението, няма да бъдат разглеждани. Самото издаване и публикуване на настоящата форма не предполага и не е свързано с каквито и да било задължения за ЗД България и/или АХА РРР HEALTHCARE. 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. Насочвали ли сте пациента към диагностични изследвания. Ако да, моля посочете подробности:

---

---

---

---

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

---

---

---

---

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

---

---

---

---

8. Предписани лекарства и други средства (моля избройте):

Предписани брой таблетки/количество разтвор:

Период на приемане на медикаментите:

---

---

---

---

---

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

---

## 7. Информация за болницата или клиниката (Да се попълни от медицинско лице)

Име и адрес на болницата или клиниката:

---

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.

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

Специалност: \_\_\_\_\_

Печат на болницата или медицинската практика:

Подпис: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

Служител обработващ иска:

---

Пряк ръководител:

---

Медицински съветник:

---

Мениджър:

---

Окончателно решение:

---

---

Коментари по плащането:

---

---

Застраховател



„Застрахователно акционерно  
дружество България“ АД  
Бул. България 83А,  
1404 София, България  
Тел.: +359 (0) 700 13 555  
www.zadbg.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 2016.