

ВХ. №/.....

ФОРМУЛЯР № 4

за предявяване на застрахователна претенция при настъпване на определено тежко заболяване (тарифа GDB1), претърпяна хирургическа операция (тарифа KOBZ) или болничен престой над 5 дни вследствие на заболяване или злополука (тарифа KHBZ)

ЗАСТРАХОВАТЕЛНИ ПОЛИЦИ № 11,____.____ ;11,____.____ ;11,____.____

Покрити рискове:	
<input type="checkbox"/> Тежко заболяване (тарифа GDB1): <input type="checkbox"/> инфаркт на миокарда; <input type="checkbox"/> аортно-коронарен байпас; <input type="checkbox"/> карцином (злокачествен тумор); <input type="checkbox"/> инсулт; <input type="checkbox"/> терминална бъбречна недостатъчност; <input type="checkbox"/> трансплантация на органи или костен мозък; <input type="checkbox"/> мултиплена (множествена) склероза; <input type="checkbox"/> парализа; <input type="checkbox"/> слепота (загуба на зрение); <input type="checkbox"/> хирургическа операция на аорта; <input type="checkbox"/> Хирургическа операция поради злополука или заболяване (тарифа KOBZ);	<input type="checkbox"/> хирургическа операция на сърдечна клапа; <input type="checkbox"/> доброкачествен мозъчен тумор; <input type="checkbox"/> кома; <input type="checkbox"/> тежко чернодробно заболяване; <input type="checkbox"/> тежко белодробно заболяване; <input type="checkbox"/> загуба на крайници; <input type="checkbox"/> тежка черепно-мозъчна травма; <input type="checkbox"/> изгаряния от трета степен; <input type="checkbox"/> загуба на говора; <input type="checkbox"/> загуба на слуха. <input type="checkbox"/> Болничен престой над 5 дни вследствие на злополука или заболяване (тарифа KHBZ).

Информация за застрахователя / застрахованото лице:
 В случай, че застрахователното събитие е настъпило вследствие на претърпяна злополука, е необходимо да бъде попълнен и Формуляр № 1.

1. Застраховател (договорител):	
2. Застраховано лице – име и ЕГН:	
3. Адрес за кореспонденция и телефон за контакт:	
4. Професия и допълнителни занимания:	
5. Точна диагноза:	
6. Описание на настъпилото заболяване (Следва да се опише подробно произхода и естеството на заболяването - оплаквания, симптоми и др.):	
7. Дата на първата медицинска консултация (Моля, приложете документи):	
8. Описание на приложеното лечение (консултации, изследвания, амбулаторно / болнично / санаториално лечение), с посочване на дати и лечебни заведения: (Моля, приложете документи)	
9. Преди страдали ли сте от подобно или свързано заболяване и ако да, какво лечение е било приложено? (Моля, приложете документи)	

10. Известно ли Ви е Ваш кръвен роднина да е страдал от подобно или свързано заболяване? Ако отговорът е да, моля посочете вида на роднинската връзка, заболяването и възрастта на първоначално диагностициране:

11. Личен лекар – име, адрес и телефон:

ДЕКЛАРАЦИЯ на основание чл. 42, ал. 2, т.2 от ЗМИП

Долуподписаният/ата, ЕГН декларирам:

заемам/ заемал съм висша държавна длъжност по смисъла на чл.42, ал.2, т.2 от ЗМИП в Р. България или в чужда държава и/или съм свързан с такова лице, **(моля, попълнете Декларация по чл.42, ал.2, т.1 от ЗМИП);**

не заемам/ не съм заемал висша държавна длъжност по смисъла на чл.42, ал.2, т.2 от ЗМИП в Р. България или в чужда държава и не съм свързан с такова лице.

ДЕКЛАРАЦИЯ на основание чл. 142, ал. 1 от ДОПК

Декларирам, че съм:

местно лице за данъчни цели само и единствено на Р. България;

данъчно задължено лице за друга държава (вкл. зелена карта за САЩ):

Държава..... Данъчен номер.....

Адрес по местоживеене.....

Потвърждавам, че съм отговорил/а вярно на горепосочените въпроси:

Дата:

Подпис:

Декларирам, че съм уведомен/а относно необходимостта от обработване на личните ми данни за целите на изпълнението на (пред)договорните задължения на ГРАВЕ България Животозастраховане ЕАД и/или спазването на приложимите регулаторни и нормативни изисквания. Бях информиран/-а за правата съгласно действащото в Р България законодателство в областта на защитата на личните данни, за видовете лични данни, обработвани от ГРАВЕ, както и за целите на обработване. Освен това бях информиран/-а, че прилаганата от ГРАВЕ Политика за конфиденциалност е достъпна на <https://www.grawe.bg/lichni-danni/>.

Дата:

Подпис:

ПЪЛНОМОЩНО

ПЪЛНОМОЩНО

Упълномощавам ГРАВЕ България Животозастраховане ЕАД да преглежда съдебните и административни дела, отнасящи се до моя случай и да прави копия на същите.

Упълномощавам ГРАВЕ България Животозастраховане ЕАД да придобива копия на всички медицински документи, отнасящи се до поставената диагноза / проведеното лечение.

Период на лечение:

Дата: _____ Място: _____

Болница:

Дата: _____ Място: _____

Подпис:

Подпис:

Прилагам следните документи (моля, отбележете с X):

- Болнични листове бр.;
- Амбулаторни листове бр.;
- Епикризи бр.;
- Лична амбулаторна карта;
- Медицински доклад на личен лекар;
- Решение на ТЕЛК/НЕЛК;

- Удостоверение за банкова сметка;
- Копие от документ за самоличност на застрахованото лице;
-
-
-

Внимание! Необходимите документи се представят в оригинал или надлежно заверени от съответното болнично заведение или административен орган копия.

Оригиналните документи ще бъдат върнати незабавно след разглеждането им.