

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

Информация за застрахователния / 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, ЕГНдекларирам:	
<input type="checkbox"/> към момента съм/ в последната една година съм бил/а видна политическа личност или свързано лице по смисъла на чл. 36, ал. 2-5 от ЗМИП в Р. България или в друга държава (моля, попълнете отделен формуляр “Декларация по чл. 42, ал. 2, т. 2 от ЗМИП”); <input type="checkbox"/> към момента не съм/ в последната една година не съм бил/а видна политическа личност или свързано лице по смисъла на чл. 36, ал. 2-5 от ЗМИП в Р. България или в друга държава.	
ДЕКЛАРАЦИЯ на основание чл. 142, ал. 1 от ДОПК	
Декларирам, че съм:	
<input type="checkbox"/> местно лице за данъчни цели само и единствено на Р. България; <input type="checkbox"/> данъчно задължено лице за друга държава (вкл. зелена карта за САЩ):	
<input type="checkbox"/> Държава..... <input type="checkbox"/> Данъчен номер..... <input type="checkbox"/> 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 („ГРАВЕ“) и/или спазването на приложимите регулаторни и нормативни изисквания. Бях информиран/-а за правата си 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.
Дата: _____ Място: _____	Период на лечение: _____
Подпис: _____	Болница: _____ Дата: _____ Място: _____
Подпис: _____	Подпис: _____
Прилагам следните документи (моля, отбележете с X):	<input type="checkbox"/> Удостоверение за банкова сметка; <input type="checkbox"/> Копие от документ за самоличност на застрахованото лице; <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Болнични листове бр.; <input type="checkbox"/> Амбулаторни листове бр.; <input type="checkbox"/> Епикризи бр.; <input type="checkbox"/> Лична амбулаторна карта; <input type="checkbox"/> Медицински доклад на личен лекар; <input type="checkbox"/> Решение на ТЕЛК/НЕЛК;	
Внимание! Необходимите документи се представят в оригинал или надлежно заверени от съответното болнично заведение или административен орган копия. Оригиналите документи ще бъдат върнати незабавно след разглеждането им.	