ДОВЕРИЕ
ОБЕДИНЕН ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛЕН ФОНД
1756 София, ул. "Лъчезар Станчев" 5, Софарма Бизнес Тауърс, сграда А, ет. 5
Call center: 0 700 17 006, 0878 105 994, 0878 105 995
ozof_doverie@abv.bg; www.ozof-doverie.com

УВЕДОМЛЕНИЕ ЗА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ ПО ЗАСТРАХОВКА „ЗАБОЛЯВАНЕ"

1.От…….. телефон за контакт ……
Адрес за кореспонденция
E-mail:……..……..……..……мобилен телефон…….
Месторабота ……..……..…….

ЕГН | | | | | | | | | | **Застр.№** | | | | | | | | | | |

Претенцията се отнася за:

☐ служител ☐ член на семейство

2. Уведомлението е подадено от законен представител или упълномощено лице:
Три имена по лична карта:……тел. за контакт……
ЕГН:……Адрес или e-mail:..……
Уведомлението е подадено чрез застрахователен брокер:
Наименование:……..
Адрес и телефон:……

Моля, в съответствие с Договора за медицинска застраховка и закупените пакети здравни услуги и Общите условия към тях да ми бъдат възстановени финансови средства в размер на ……в. /словом……......./ **по банкова сметка IBAN**

B	**G**																				

Титуляр на сметката /трите имена по лична карта/ ЕГН
……. ……

Известно ми е, че за предоставянето на неверни данни и документи нося наказателна отговорност съгласно чл.313 от Наказателния кодекс.

Давам съгласието си "ОЗОФ Доверие ЗАД" АД да обработва личните ми данни (личните данни на застрахованото от мен лице под 18 години , посочени в това уведомление) , по смисъла на Закона за защита на личните данни във връзка с процедурите и администрирането на претенцията ми за застрахователно обезщетение.

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, като заявя писмено отказа си на електронен адрес: ozof_doverie@abv.bg

3. Прилагам следните документи:
(Моля, оградете с кръг документите, които представяте и отбележете техния брой)

1. Медицински документ / амбулаторен лист или епикриза / отразяващ заболяването по повод на което са изписани съответните медикаменти и консумативи или извършено лечение - ……бр.
2. Рецепта за предписани лекарствени средства и / или медицински изделия……бр.
3. Оригинална фактура, придружена с фискален бон……бр.
4. Копие от банков документ, удостоверяващ верността на данните за титуляр на посочената банкова сметка.
5. Други……бр.

……
……
……

Запознат съм, че до представянето на документите, описани в чл.21 от Общите условия на "ОЗОФ Доверие ЗАД" АД, няма да текат сроковете, предвидени по чл. 107, ал. 1 от Кодекса на застраховането.

Дата.....г. **Подпис……**
Застрахован / Пълномощник

4. Приел документите: ……служител Забележка……

Дата……