



**Уведомление за настъпило застрахователно събитие “Временна
неработоспособност” в резултат на злополука или заболяване**

Всяка информация, получена във връзка със здравния статус на застрахованото лице се използва само и единствено за администрирането на процеса за обработка на щети от “Кардиф Общо застраховане, Клон България” КЧТ

Уважаема госпожо/господине,

Моля, попълнете ясно и четливо с печатни букви информацията по-долу и заедно с документите, описани в настоящото Уведомление за настъпило застрахователно събитие “временна неработоспособност” в резултат на злополука или заболяване ги изпратете в писмо с обратна разписка на нашия адрес: „Кардиф Общо Застраховане, Клон България” КЧТ, гр. София, ПК 1000, ул. „Христо Белчев” №29А, ет. 1-3, клон на: Cardif Assurances Risques Divers SA, France 8, Rue Du Port, 92728 Nanterre Cedex, Paris

Данни за застрахованото лице:

Трите имена:

Кредитополучател при ЕГН:
/посочете името на финансовата институция/

Дата на подписване на договора за кредит:..... Номер на договора за кредит:.....
/ден, месец, година/

Кредит: потребителски ипотечен кредитна карта автомобилен друг:..... Валутата: евро USD лев друга:

Информация за застрахователното събитие:

Начало на временната неработоспособност:..... Причина за временната загуба на работоспособност: заболяване злополука
/ден, месец, година/

Попълва се само в случай на заболяване:

Ползвали ли сте преди това отпуск по болест за същото заболяване? да не Ако отговорът е “ДА” моля, посочете кога /ден, месец, година/:

Колко време бяхте в отпуск по болест тогава?

В случай, че сте бил/а хоспитализиран/а моля, посочете къде и кой е провел лечението /име и адрес на болницата, име на лекуващия лекар/?

Попълва се само в случай на злополука:

Дата на злополуката /ден, месец, година/:

Моля, опишете накратко къде и как е настъпила злополуката:

Използването на алкохол или наркотици повлияло ли е за настъпването на злополуката ? да не
Колко време ще продължи временната Ви неработоспособност според лекуващия Ви лекар?

С настоящото уведомление декларирам, че дадените от мен отговори са верни и напълно отговарят на истината. Запознат съм с условието, че Застрахователят може да откаже иска и да прекрати застрахователното покритие, ако представя невярна информация. Освобождавам лекарите и здравните заведения, при/в които/където съм се лекувал/а от тяхното задължение за спазване на лекарската тайна по отношение на Застрахователя и ги оторизирам да предоставят данни на “Кардиф Общо застраховане, Клон България” КЧТ във връзка със застраховката и при настъпване на застрахователно събитие.

В случай на продължителна временна загуба на работоспособност е необходимо документите доказващи нейната продължителност да бъдат изпращани на адреса на Застрахователя всеки месец. При прекратяване на временната неработоспособност ще уведомя за това Застрахователя писмено.

За нуждите на администрирането на настоящото Уведомление и уреждането на претенцията за извършване на застрахователно плащане на ползващото се лице следва да се изпратят по пощата с обратна разписка или да се депозират в офиса на Застрахователя следните документи (или четливи копия, заверени с печат “вярно с оригинала” от издателят им):

- Медицински документи, резултати от медицински изследвания, издадени от лицензирани лечебни заведения;
- Първичен болничен лист и неговите продължения, издадени от ЛКК или ТЕЛК по реда предвиден в действащата нормативна уредба;
- Описание на случая и документи/ако има такива/ издадени от компетентни органи свързани със застрахователното събитие при битова злополука, в случай на трудова злополука – декларация и разпореждане на НОИ за трудова злополука, в случай на ПТП – протокол от произшествието, резултат от хим.експертиза за алкохол и наркотици;
- Лична амбулаторна карта, амбулаторни листа;
- Епикриза/и, история на заболяването;

Име, адрес и телефон на лекуващия лекар на застрахованото лице:.....

Име и адрес на лицето, подало настоящото Уведомление:.....

Електронен адрес (e-mail):

Телефон за връзка:

Стационарен

Мобилен

Моля, изплатете съответната застрахователна сума на

/посочете името на финансовата институция/

Дата: Подпис:.....

“С подаването на настоящото уведомление се съгласявам да бъда уведомен от Застрахователя или трети лица чрез смс или по друг подходящ начин при приемане на предявената от мен застрахователна претенция за основателна, за размера и периодичността на застрахователното плащане, като давам изричното си съгласие личните ми данни и информацията, представляваща застрахователна тайна да бъдат обработвани за тази цел, както и с цел проучване от Застрахователя или трети лица на клиентската ми удовлетвореност, при спазване на действащите закони.”