

Всяка информация, получена във връзка със здравния статус на починалото лице се използва само и единствено за администрирането на процеса за обработка на щети от “Кардиф Животозастраховане, 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, ги изпратете в писмо с обратна разписка на нашия адрес: „Кардиф Животозастраховане, Клон България” КЧТ, гр. София, ПК 1000, ул. „Христо Белчев” №29А, ет. 1-3, клон на: Cardif Assurances Vie 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

Дата на смъртта..... Причина за смъртта: заболяване злополука
/ден, месец, година/

Попълва се само в случай, че събитието е настъпило в следствие на заболяване:

Моля, опишете подробно историята на заболяването, довело до смъртта на застрахования: /кога е започнало заболяването, колко време починалия е страдал от това заболяване преди смъртта си?/

Къде, кога и кой е лекувал починалия във връзка с неговото заболяване /име и адрес на болницата, име на лекуващия лекар?/

Попълва се само в случай, че събитието е настъпило в следствие на злополука:

Дата на злополуката /ден, месец, година/:.....
Моля, опишете подробно къде и как е възникнала злополуката:.....

Употребата на алкохол или наркотици повлияла ли е за настъпването на злополуката? да не

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 – Животозастраховане, Клон България” във връзка със застраховката и при настъпване на застрахователно събитие. 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:

- Застрахователен сертификат – в оригинал;
- Акт за смърт- оригинал или нотариално заверено копие;
- Съобщение за смърт – оригинал, нотариално заверено копие или копие заверено с печат и текста “вярно с оригинала” от институцията която притежава оригинала;
- Копие на аутопсионен протокол, заверено с печат и текста “вярно с оригинала” в случай, че е била извършена аутопсия;
- В случай, че смъртта е настъпила в резултат на злополука, освен документните по т. 1 - т. 3 се представят четливи копия, заверени с печат “вярно с оригинала” от издателят им:
 - Протокол за настъпилата злополука/напр. протокол за ПТП, ако е трудова злополука – декларация за злополуката и разпореждане на НОИ/;
 - Заключение от извършената химическа експертиза за наличие на алкохол или наркотични вещества в кръвта;
- В случай, че смъртта е настъпила в резултат на заболяване, освен документните по т.1 - т. 3 се представят четливи копия, заверени с печат “вярно с оригинала” от издателят им:
 - Лична амбулаторна карта, амбулаторни листа;
 - Резултати от извършени изследвания за образна диагностика /ако има такива/;
 - Епикриза/и от хоспитализация/и;

В случай, че смъртта е настъпила извън територията на Република България, съответните документи удостоверяващи настъпването на това застрахователно събитие се представят като надлежно преведени и легализирани документи от компетентните за това служби.

Име, адрес и телефон на лекуващия лекар на починалото 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."