



Всяка информация, получена във връзка със здравния статус на застрахованото лице се използва само и единствено за администрирането и процеса по 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, 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
/посочете името на финансовата институция/

ЕГН:.....

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

Номер на договора за кредит:.....

Вид на кредита:

Валутата: евро USD лев друга:

Информация за застрахователното събитие:

Дата на постъпване в болница:.....
/ден, месец, година/

Дата на злополуката:
/ден, месец, година/

Моля, опишете накратко къде и как е възникнала злополуката:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

Колко време е продължил болничният Ви престой?

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” във връзка със застраховката и при настъпване на застрахователно събитие.

В случай на хоспитализация, документите доказващи нейната продължителност да бъдат изпращани на адреса на Застрахователя. 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 или да се депозират на посочения по-горе адрес следните документи (или четливи копия, заверени с печат “вярно с оригинала” от издателя им):

- Копие на застрахователния сертификат;
- Епикриза/и история на заболяването (или четливи копия, заверени с печат “вярно с оригинал” от издателя им);
- Описание на случая при битова злополука, в случай на трудова злополука – декларация за злополука и разпоредане на НОИ; в случай на ПТП – протокол от произшествието, заключение на химическата експертиза за наличие на алкохол и/или наркотични вещества

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 този цел, както и с цел проучване от Застрахователя или трети лица на клиентската ми удовлетвореност, при спазване на действащите закони."