



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 - Животозастраховане, Клон България".

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 "трайно намалена или загубена работоспособност" в резултат на злополука или заболяване ги изпратете с обратна разписка на нашия адрес: гр. София 1000, ул. "Христо Белчев" № 29

**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 настъпване на трайната загуба на работоспособност:.....; Причина за трайната загуба на работоспособност:  заболяване  злополука  
/ден,месец, година/

**Попълва се само в случай на заболяване:**

Моля, опишете накратко кога започна заболяването довело до трайна загуба на работоспособност? /начало на заболяването - ден, месец, година; колко време бяхте в отпуск по болест?/ .....

Моля, посочете къде и кой Ви е лекувал за последно /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 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:

1. Експертно решение/я на ТЕЛК в оригинал (или негово нотариално заверено копие), удостоверяващо процент на на загубена работоспособност (инвалидност) над 70% както и срока на неработоспособност (инвалидност);
2. Лична амбулаторна карта, амбулаторни листа (или четливи копия, заверени с печат "вярно с оригинала" от издателят им);
3. Епикриза/и от хоспитализация/и, история на заболяването (или четливи копия, заверени с печат "вярно с оригинала" от издателят им);

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 чрез SMS или по друг подходящ начин от Застрахователя при приемане на предявения застрахователен иск за основателен, като давам съгласието си предоставените от мен лични данни да бъдат обработвани от Застрахователя за тази цел при спазване на изискванията на Закона за защита на личните данни. "