BNP PARIBAS CARDIF

Уведомление за настъпило застрахователно събитие "Хоспитализация в следствие на злополука" при застраховка „Защита на семейството"

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:.....

ЕГН:.....

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

Информация за застрахователното събитие:

Дата на постъпване в болница:..... Дата на злополуката: .....
/ден, месец, година/ /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 точни и напълно отговарят на истината. Запознат съм с условието, че Застрахователят може да откаже иска и да прекрати застрахователното покритие, ако представя невярна и неточна 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.
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 надлежно попълнения застрахователния сертификат;
- ☐ Епикриза/и от хоспитализацията или история на заболяването (четливи копия или копия, заверени с печат "вярно с оригинал" от издателя им);
- ☐ Подробно описание на случая при битова злополука; в случай на трудова злополука – декларация за злополука и разпореждане на НОИ; в случай на ПТП – протокол от произшествието, заключение на химическата експертиза за наличие на алкохол и/или наркотични вещества, свидетелски показания;
- ☐ Удостоверение за лична банкова сметка на Застрахования (ако се касае за застраховано дете, се представя личната банкова сметка на основния застрахован родител)

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*

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."