BNP PARIBAS CARDIF

Уведомление за настъпило застрахователно събитие "Трайно намалена или загубена работоспособност над 70% 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 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 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: .....

ЕГН:.....

Дата на подписване на сключване на застраховката :..... Номер на сертификат:.....
/ден, месец, година/

Информация за застрахователното събитие:

Дата на настъпване на трайната загуба на работоспособност (съгласно първо по ред ЕР на ТЕЛК):.....
/ден,месец, година/

Дата на настъпване на злополуката /ден, месец, година/:.....

Моля, опишете накратко къде и как е възникнала злополуката:

.....

.....

.....

.....

.....

Участват ли в процента на ТНР, определен от ТЕЛК и други заболявания и състояния ? ☐ да, уточнете ☐ 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:

- ❑Оригинал на надлежно попълнения застрахователен сертификат
- ❑Експертно решение/я на ТЕЛК в оригинал (или негово нотариално заверено копие), удостоверяващо дата на инвалидизирането, процент на на загубена работоспособност (инвалидност) над 70% както и срока на неработоспособността (инвалидността);
- ❑Лична амбулаторна карта, амбулаторни листа от консултации със специалист (или четливи копия, заверени с печат "вярно с оригинала" от издателят им);
- ❑Епикриза/и от хоспитализация/и, свързани с лечението на усложнения от Злополуката или история на заболяването (четливи копия);
- ❑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;
- ❑Крайно становище на компетентната институция по случая (напр. Прокуратурата);
- ❑Удостоверение за лична банкова сметка.

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."