



**BNP PARIBAS
CARDIF**

Уведомление за настъпило застрахователно събитие "Трайно намалена или загубена работоспособност в резултат на злополука или заболяване, при застраховка „Защита на сметките в домакинството“

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:.....

Номер на застрахователен сертификат:..... Дата на сключване на застраховката:.....

Изберете комуналните услуги, които заплащате регулярно чрез банковата си сметка: ток вода топлоснабдяване телекомуникации други.....

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" 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 с обратна разписка или да се депозират в офиса на Застрахователя следните документи:

- Копие на надлежно попълнения Застрахователния сертификат;
- Експертно решение/я на ТЕЛК / НЕЛК в оригинал или негово нотариално заверено копие, удостоверяващо процент на на загубена работоспособност (инвалидност) над 70%, срока на неработоспособността (инвалидността) и потвърждаващо нетрудоспособността на Застрахования за работното му място, професионална позиция или длъжност;
- Етапна епикриза от личен лекар с информация за всички прегледи, изследвания и консултации по повод заболяването, заболяванията, довели до възникване на Трайната неработоспособност – диагностициране, проследяване, лечение. Лична амбулаторна карта, амбулаторни листа (оригинал или четливи копия, заверени с печат "вярно с оригинала" от издателят им);
- Епикриза/и от хоспитализация/и;
- Справка - извлечение от разплащателна сметка или сметка по кредитна карта в „Пощенска банка“, удостоверяващо заплатена през сметката комунална услуга в шестмесечния период преди настъпване на застрахователното събитие;
- Копие на фактури със задължения за покритите комунални услуги, с дата на издаване, непосредствено след датата на настъпване на застрахователното събитие, респ. в периода на обезщетяване и документ (касов бон, банково извлечение, др.), от което да е видно, че плащането на задълженията по тези фактури е направено.

В случай на одобрена претенция за „Трайна загуба на работоспособност“ е необходимо да изпращате на адреса на Застрахователя ежесечно:

1. Всички издадени фактури или справки за възникнали нови месечни задължения и документи, удостоверяващи тяхното заплащане, през съответния месец. *Плащане се извършва след представяне на всички документи от съответния период за посочените по-горе комунални услуги.

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. "