

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 в писмо 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:.....

Адрес:.....

Електронен адрес (e-mail):

Телефон за връзка:

Стационарен

Мобилен

Номер на застрахователен сертификат:

Дата на сключване на застраховката.....

Информация за застрахователното събитие

Какъв е вида на настъпилото събитие (моля отбележете):

Застрахователното събитие е в резултат на (моля отбележете):

- “Критично заболяване”
 Смърт вследствие “Критично заболяване”

- Рак
 Мозъчен инфаркт
 Миокарден инфаркт
 Бъбречна недостатъчност
 Трансплантация
 Аортно-коронарен байпас

Дата на диагностициране на критичното заболяване / извършване на операцията в случай на “аорто-коронарен байпас”

Дата на която е била потърсена за първи път медицинска помощ във връзка с “Критичното заболяване”

Информация за всички лекарите и болниците, свързани с поставяне на диагнозата и провеждане на лечението

	Име на лекаря:	Специалист по:	Лечебно заведение (име и адрес):
Личен лекар:			
Поставил диагнозата лекар:			
Провел лечение лекар 1:			
Провел лечение лекар 2:			
Провел лечение лекар 3:			

С настоящото уведомление декларирам, че дадените от мен отговори са верни и точни. 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, следва да се изпратят по пощата с обратна разписка или да се депозират в офиса на Застрахователя следните документи:

- Оригинал на Застрахователен сертификат
 Медицинска информация и документи:
 - Подробна етапна епикриза от личен лекар с информация за здравния статус на Застрахования в 2 годишния период преди застраховането – всички прегледи, консултации, изследвания, назначено и проведено лечение;
 - Епикриза/и от хоспитализация във връзка с диагностициране и лечение на Критичното заболяване;
 - Лична амбулаторна карта, амбулаторни листа от прегледи и консултации във връзка с установяване и лечение на „Критичното заболяване“;
 - Резултати от извършени изследвания, вкл образна диагностика с информация кога е диагностицирано заболяването;
 - Допълнителни консултации и становища на медицински специалисти, потвърждаващи настъпването на критичното заболяване;
 В случай на преживяване : Изследвания и медицинско становище на лекуващ лекар, представящо състоянието на Застрахования към 31ия ден от диагностицирането или хирургичното лечение на Критичното заболяване; В случай на смърт: Препис- извлечение от Акта за смърт – нотар. заверено копие, Съобщение за смърт
 Удостоверение за лична банкова сметка на Застрахования или неговите наследници / в случай на смърт в резултат на „Критично заболяване“.

В случай, че диагностицирането и хирургичното лечение са извършени извън територията на Република България, съответните документи удостоверяващи настъпването на това застрахователно събитие се представят на български език, преведени и легализирани от компетентните за това служби.

Име и адрес на лицето, подало настоящото Уведомление:.....

Ако формата се подписва от пълномощник, адвокат или друго представляващо застрахования или неговия бенефициент лице, моля да се приложи официален документ, удостоверяващ правото му да попълни и подпише формата.

Електронен адрес (e-mail):

Телефон за връзка:

Стационарен

Мобилен

Дата:

Подпис:.....

“С подаването на настоящото уведомление се съгласявам да личните ми данни и информацията, представляваща застрахователна тайна да бъдат обработвани с цел проучване от Застрахователя или трети лица на клиентската ми удовлетвореност, при спазване на действащите закони.”

Част II
Попълва се от Лекуващия лекар

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 да приложите копие от изследвания, консултации, др медицинска документация и информация, във връзка с въпросите.

Данни за застрахованото лице:

Трите имена:.....

ЕГН:.....

Попълва се от Лекуващия лекар

Моля да отговорите на всички поставени въпроси и да приложите копие от изследвания, консултации, др медицинска документация и информация, във връзка с въпросите.

Дата на поставяне на диагнозата за първи път:.....

Код по МКБ

Дата на която за първи път прегледахте/консултирахте лицето във връзка с “Критичното заболяване ”

За нуждите на администрирането на настоящото Уведомление и уреждането на претенцията за извършване на застрахователно плащане, следва да се изпратят по пощата с обратна разписка или да се депозират в офиса на Застрахователя следните информация и документи:

- Рак – Хистологичен резултат и клинична диагноза с уточняване на класификацията и стадия на заболяването.
- Мозъчен инфаркт - Документи, доказващи безспорно наличието на неврологичен дефицит / вкл. резултати от образни изследвания.
- Миокарден инфаркт – Документи, удостоверяващи безспорното настъпване на МИ: наличие на клинични оплаквания, вкл ЕКГ изменения, вкл.сърдечни ензими,тропини или други биохимични маркери.
- Бъбречна недостатъчност – Документи, резултати от изследвания, установяващи хроничната и необратима бъбречна недостатъчност, вкл. стадия на бъбречната недостатъчност. Изисква ли състоянието провеждане на регулярна перитонеална диализа: да не Състоянието подлежи ли на възстановяване: да не
- Трансплантация - Епикризи и информация от проведена трансплантация; Вписан ли е пациента в листа на чакащите за трансплантация: да не
Ако да , дата на вписване...../ да се приложи доказателство /
- Аортно-коронарен байпас – епикриза от проведената операция, вкл. резултат от изследвания

Бихте ли потвърдили, че пациента е бил лекуван за същото или свързано с него заболяване или състояние в миналото ? да не Ако да, моля потвърдете:

Данни за лечението на пациента в миналото	Дата на провежданото лечение:	Име на лекаря:	Специалист по:	Лечебно заведение (име и адрес):
Лечение 1:				
Лечение 2:				
Лечение 3:				

Бил ли е пациента хоспитализиран през последните 5 години : да не

Ако да, моля уточнете:

Данни за хоспитализирането на пациента в миналото	От Дата до Дата:	Диагноза:	Лечебно заведение (име и адрес):
Хоспитализация 1:			
Хоспитализация 2:			
Хоспитализация 3:			
Хоспитализация 4:			

Има ли установени при лицето други придружаващи заболявания, които нямат връзка с “Критичното заболяване”: да не Ако да, моля потвърдете:

Дата на диагностициране:	Диагноза	Специалист

Провежда ли лицето постоянно лечение във връзка с тези заболявания или състояния: да не

Все още ли сте лекуващ / личен лекар на пациента: да не Ако Да, моля посочете датата на последното посещение.....

Име и адрес на лицето, подало настоящото Уведомление:.....

Електронен адрес (e-mail):

Телефон за връзка:

Стационарен

Мобилен

Потвърждавам, че горната информация е вярна и отговорите са пълни и точни.

Дата:.....

Подпис: