

Уведомление за настъпило застрахователно събитие “Нежелана безработица в резултат на уволнение”

Уважаема госпожо/господине,

Моля, попълнете ясно и четливо информацията по-долу и заедно с документите, описани в настоящото Уведомление за настъпило застрахователно събитие “нежелана безработица в резултат на уволнение”, ги депозирайте или изпратете с обратна разписка/ куриер на нашия адрес: „Кардиф Общо застраховане, 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:.....

Дата на подписване на застрахователния договор ЕГН:.....

Информация за застрахователното събитие

Дата на прекратяване на трудовото/ служебното Ви правоотношение.....

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. За нуждите по администрирането на настоящото Уведомление и уреждането на претенцията за отхвърляне или извършване на застрахователно плащане на ползващото се лице, следва да се приложат следните документи:

- Застрахователен сертификат и Общи условия на застраховката – копие;
- Копие на лична карта, заверена с дата, подпис от притежател и текст „Вярно с оригинала“;
- Копие на трудов договор и допълнителни споразумения (в случай, че сте имали такива);
- Копие на Заповед за прекратяване на трудовите Ви правоотношения;
- Копие на трудова книжка с информация от назначаването до прекратяването на трудовите Ви правоотношения;
- Копие на Разпореждане от НОИ с информация за основанието за прекратяване на трудовоправните Ви отношения (документът, съгласно, който ще получавате обезщетение);
- Актуална служебна бележка, издадена от Бюрото по труда, в уверение, че продължавате да сте регистриран/а в Бюрото по труда, като безработен/а;
- Декларация за наличието/ отсъствието на роднинска връзка с бившия Ви работодател;

!!! Моля посочете документите във връзка със застрахователната претенция, които прилагате към настоящото уведомление със знак X или V в квадратчето преди съответния документ.

!!! Застрахователят запазва правото си да изиска допълнителни документи по собствена преценка, необходими за установяване на основанието и размера на претенцията.

Всяка информация, получена във връзка с трудовоправния Ви статус се използва само и единствено за администрирането на процеса за обработка на застрахователна/и претенция/и от “Кардиф Общо застраховане, Клон България” КЧТ.

Имена на лицето, подало настоящото уведомление

Адрес за кореспонденция на лицето, подало настоящото уведомление:.....

Електронен адрес (e-mail):

Телефон за контакт:

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 удовлетвореност, при спазване на действащите закони.

Дата:

Подпис:

