

Уведомление за настъпило застрахователно събитие “Временна неработоспособност” в резултат на злополука или заболяване

Уважаема госпожо/господине,

Моля, попълнете ясно и четливо информацията по-долу и заедно с документите, описани в настоящото Уведомление за настъпило застрахователно събитие “временна нетрудоспособност” в резултат на злополука или заболяване, ги депозируйте или изпратете с обратна разписка/ куриер 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:.....

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

Информация за застрахователното събитие

Начало на временна нетрудоспособност..... Причина за временна нетрудоспособност: заболяване злополука
/дата, месец, година/

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“;
- Първичен болничен лист и всички продължения, издадени от ЛКК или ТЕЛК по реда, предвиден в действащата нормативна уредба;
- Лична амбулаторна карта, амбулаторни листа с информация от прегледи и консултации за тригодишен период преди сключване на застраховането;
- В случай, че временната нетрудоспособност е настъпила в резултат на злополука, освен горепосочените документи, следва да се представят и:
 - Подробно описание във връзка с настъпилата злополука – как, кога, къде, при какви обстоятелства, имало ли е наличие на алкохол/ наркотици. Ако се води разследване – информация за имената, адреса и телефона на разследващ полицай и номер на досъдебно производство/ имена и адрес на наблюдаващ прокурор и номер на прокурорска преписка;
 - Копие от Епикриза/и от проведена/и хоспитализация/и във връзка с настъпилата злополука;
 - Протокол за настъпилата злополука/напр. констативен протокол от ПТП, Автотехническа експертиза, ако е трудова злополука – декларация за злополуката и разпореждане на НОИ/ или данни за разследването;
 - Заключение от извършената химическа експертиза за наличие на алкохол или наркотични вещества в кръвта;
- В случай, че временната нетрудоспособност е настъпила в резултат на заболяване, следва да се представят:
 - Резултати от извършени изследвания за образна диагностика /ако е извършвана такива/;
 - Копие от Епикриза/и от проведена/и хоспитализация/и за тригодишен период преди сключване на застраховането;
 - Документ под формата на Медицинско удостоверение или Етапна епикриза , издадено от личен/лекуващ лекар, с подробна информация за проведени профилактични прегледи, консултации, хоспитализации за тригодишен период преди сключване на застраховането.

!!! Моля посочете документите във връзка със застрахователната претенция, които прилагате към настоящото уведомление със знак X или V в квадратчето преди съотв. 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 със здравния Ви статус се използва само и единствено за администрирането на процеса за обработка на застрахователна/и претенция/и от “Кардиф Животозастраховане, 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:



BNP PARIBAS
CARDIF

| Insurance for a changing world