

Всяка информация, която е получена във връзка с трудово-правния статус на застрахованото лице се използва само и единствено за администрирането на процеса за обработка на щети от “Кардиф - Общо Застраховане, Клон България”.

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 “безработица в резултат на уволнение” ги изпратете в писмо с обратна разписка на нашия адрес: гр. София, п.к. 1000, ул. “Стара Планина” № 5

**Данни за застрахованото лице**

Трите имена: .....

Кредитополучател при ..... ЕГН:.....  
/посочете името на финансовата институция/

Дата на подписване на договора за кредит:.....  
/ден, месец, година/

Номер на договора за кредит:.....

Кредит:  потребителски  ипотечен  кредитна карта  автомобилен  друг:..... Валутата:  евро  USD  лев  друга: .....

**Информация относно застрахователното събитие**

Кога е прекратено Вашето трудово/служебно правоотношение /дата: ден, месец, година – съгласно акта за прекратяване/: .....

Кога получихте предизвестие за прекратяване на трудовото/служебното правоотношение/ /дата: ден, месец, година:.....

Наименование на предприятието/държавната организация:.....

Какъв е характерът на трудовото ви правоотношение?  срочен  безсрочен

Вашият трудов договор е прекратен в предварително уговорения изпитателен срок ?  да  не

Вашият трудов договор е прекратен поради предварително известно прекратително условие /например трудов договор по заместване/ ?  да  не

Кога се регистрирахте като безработен към съответното териториално “Бюро по труда”? .....

Адрес и телефон на “Бюрото по труда”.....

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. Във връзка с разпоредбите на Закона за защита на личните данни давам съгласието си тези лични данни да бъдат обработвани и използвани от Застрахователя за целите на пълното и точното изпълнение на условията по застраховката ми.

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:

1. Копие на трудовия договор, заедно с всички допълнителни споразумения към него, заверени с печат на работодателя.
2. Копие от акта, с който се прекратява трудовото правоотношение;
3. Копие от акта на компетентния орган, с който сте регистриран/а като безработен/а към съответното “Бюро по труда”, от което да е видно от кога сте регистриран/а като безработен/а;
4. Копие от акта на компетентния орган, съгласно което ще получавате обезщетение за безработица за определен срок.

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

Електронен адрес (e-mail): .....

Телефон за връзка: .....

Стационарен

Мобилен

Моля, изплатете съответната застрахователна сума на .....  
/посочете името на финансовата институция/

Дата: ..... подпис: .....