



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".

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 "трайно намалена или загубена работоспособност" в резултат на злополука или заболяване ги изпратете с обратна разписка на нашия адрес: гр. София 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/

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

**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" 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:

1. Експертно решение/я на ТЕЛК в оригинал (или негово нотариално заверено копие), удостоверяващо процент на на загубена работоспособност (инвалидност) над 70% както и срока на неработоспособност (инвалидност);
2. Лична амбулаторна карта, амбулаторни листа (или четливи копия, заверени с печат "вярно с оригинала" от издателят им);
3. Епикриза/и от хоспитализация/и, история на заболяването (или четливи копия, заверени с печат "вярно с оригинала" от издателят им);

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

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

Дата: ..... Подпис: .....