CARDIF
BNP PARIBAS GROUP

Уведомление за настъпило застрахователно събитие "хоспитализация в следствие на злополука"

Всяка информация, получена във връзка със здравния статус на застрахованото лице се използва само и единствено за администрирането и процеса по 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 "хоспитализация в следствие на злополука" ги изпратете в писмо с обратна разписка на нашия адрес: гр. София 1000, ул. "Христо Белчев" № 29.

Данни за застрахованото лице:

Трите имена:.....

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

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

Вид на кредита: ..... Валутата: ☐ евро ☐ USD ☐ лев ☐ друга: .....

Информация за застрахователното събитие:

Дата на постъпване в болница:..... Дата на злополуката: …..
/ден, месец, година/ /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

Колко време е продължил болничният Ви престой? .....

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 – Общо застраховане, Клон България" във връзка със застраховката и при настъпване на застрахователно събитие.

В случай на хоспитализация, документите доказващи нейната продължителност да бъдат изпращани на адреса на Застрахователя. 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 или да се депозират на посочения по-горе адрес следните документи (или четливи копия, заверени с печат "вярно с оригинала" от издателя им):

1. Епикриза/и история на заболяването (или четливи копия, заверени с печат "вярно с оригинал" от издателя им);
2. Описание на случая при битова злополука, в случай на трудова злополука – декларация за злополука и разпореждане на НОИ; в случай на ПТП – протокол от произшествието, заключение на химическата експертиза за наличие на алкохол и/или наркотични вещества

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:……