CARDIF
BNP PARIBAS GROUP

Уведомление за настъпило застрахователно събитие “Безработица в резултат на уволнение”

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. “Христо Белчев” № 29

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 предизвестието за прекратяване на трудовото/служебното правоотношениеl /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:.....