



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

Всяка информация, получена във връзка със здравния статус на починалото 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 “смърт” в резултат на злополука или заболяване 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/

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

Информация за застрахователното събитие

Дата на смъртта..... Причина за смъртта: заболяване злополука
/ден, месец, година/

Попълва се само в случай, че събитието е настъпило в следствие на заболяване:

Моля, опишете подробно историята на заболяването, довело до смъртта на застрахования: /кога е започнало заболяването, колко време починалия е страдал от това заболяване преди смъртта си?/

.....
.....
.....
.....

Къде, кога и кой е лекувал починалия във връзка с неговото заболяване /име и адрес на болницата, име на лекуващия лекар?/

.....
.....
.....

Попълва се само в случай, че събитието е настъпило в следствие на злополука:

Дата на злополуката /ден, месец, година:.....

Моля, опишете подробно 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. Акт за смърт- оригинал или нотариално заверено копие;
2. Съобщение за смърт – оригинал, нотариално заверено копие или копие заверено с печат и текста “вярно с оригинала” от институцията която притежава оригинала;
3. Копие на аутопсионен протокол, заверено с печат и текста “вярно с оригинала” в случай, че е била извършена аутопсия;
4. В случай, че смъртта е настъпила в резултат на злополука, освен документните по т. 1 - т. 3 се представят четливи копия, заверени с печат “вярно с оригинала” от издателят им:
 - Протокол за настъпилата злополука/напр. протокол за ПТП, ако е трудова злополука – декларация за злополуката и разпореждане на НОИ/;
 - Заключение от извършената химическа експертиза за наличие на алкохол или наркотични вещества в кръвта;
5. В случай, че смъртта е настъпила в резултат на заболяване, освен документните по т.1 - т. 3 се представят четливи копия, заверени с печат “вярно с оригинала” от издателят им:
 - Лична амбулаторна карта, амбулаторни листа;
 - Резултати от извършени изследвания за образна диагностика /ако има такива/;
 - Епикриза/и от хоспитализация/и;

В случай, че смъртта е настъпила извън територията на Република България, съответните документи удостоверяващи настъпването на това застрахователно събитие се представят като надлежно преведени и легализирани документи от компетентните за това служби.

Име, адрес и телефон на лекуващия лекар на починалото 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:.....