

## УВЕДОМЛЕНИЕ ЗА НАСТЪПИЛО ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ – „ПОЛАГАНЕ НА ГРИЖА ЗА БОЛЕН НАД 30 ДНИ“ В РЕЗУЛТАТ НА ЗЛОПОЛУКА ИЛИ ЗАБОЛЯВАНЕ

Поздравяваме Ви за избора на Застраховател! Ние сме насреща, за да Ви помогнем в тази трудна ситуация.

По-долу ще откриете обобщение на най-важните документи, като следва да представите, за да се произнесем със становище във възможно най-кратък срок.

1. **Имате възможност да попълните** приложения формуляр **електронно**.
2. **Не забравяйте да предоставите своят e-mail и телефонен номер**. Имаме нужда от тях, за да Ви изпратим защитена електронна комуникация, благодарение на която няма да Ви изпращаме писмо на хартиен носител. **По този начин комуникацията ни ще бъде възможно най-краткосрочна.**
3. **Имаме нужда от следните документи** (копия, сканирани или снимани), за да се произнесем със становище по предявената застрахователна претенция:

- Попълнено **Уведомлението за щета** (страницата по-долу);
- Копие на **лична карта**-двустранно, заверено с "Вярно с оригинала";
- Копие на **първичен болничен лист и всички негови продължения**, издадени по реда, предвиден в действащата нормативна уредба;
- Копие на **лична амбулаторна карта** с информация за низдадените болнични листове както и амбулаторни листове с информация за проведените прегледи във връзка със събитието;
- Надлежно попълнено и разписано съгласие за обработване на здравни данни на болното лице;
- Удостоверение за семейно положение и членове на семейството, издадена от служба ЕСГРАОН или удостоверение за граждански брак и др. документи, от които да е видна и доказуема роднинската/ брачната връзка между Застрахования и болното лице;

При напускане на работа с цел грижа за болен член от семейството:

- Копие на трудов договора/ договор за управление и всички допълнителни споразумения (в случай че има такова);
- Копие на заповед за прекратяване на трудовите правоотношения/ документ, удостоверяващ прекратяването на договора за управление;
- Служебна бележка от съответното "Бюро по труда", от което да е видно от кога лицето е регистрирано като безработен;

При ползване на неплатен годишен отпуск:

- Служебна бележка от съответното "Бюро по труда", от което да е видно от кога лицето е регистрирано като безработен;

Изпратете ни и други документи, резултати от прегледи, амбулаторни листове от минали прегледи, които са част от Вашето медицинско досие относно това заболяване или злополука – това ще ни помогне да се **произнесем по-бързо със становище**.

В случай че Застрахователят прецени, че е необходимо, ще бъде изисквана и справка от НЗОК по служебен път от Застрахователя, за което Вие ще бъдете уведомени своевременно.

4. **Ако не разполагате с медицинските документи, изискайте ги от Вашия личен/ наблюдаващ лекар или специалист**, който е запознат със здравословния проблем, който съобщавате и Ви е лекувал. **Ако не получим някой от изброените необходимите документи, ще се наложи да ги изискаме отново, което би удължило процеса по финализиране на застрахователната претенция.**
5. **Моля, изпратете всички изброени по-горе задължителни документи на електронния ни адрес: [cardifbulgaria@cardif.com](mailto:cardifbulgaria@cardif.com)**. Изпращайки **всички документи по e-mail**, Вие **ускорявате процеса** по уреждане на застрахователна претенция.

Можете да намерите повече опции за предявяване на застрахователна претенция на **нашия уебсайт**.

Ако имате въпроси, свържете се с нашия **Контактен Център** или ни пишете на електронния ни адрес: [cardifbulgaria@cardif.com](mailto:cardifbulgaria@cardif.com).

**УВЕДОМЛЕНИЕ ЗА НАСТЪПИЛО ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ – „ПОЛАГАНЕ НА ГРИЖА ЗА БОЛЕН НАД 30 ДНИ“ В РЕЗУЛТАТ НА ЗЛОПОЛУКА ИЛИ ЗАБОЛЯВАНЕ**

ЗАСТРАХОВАНО ЛИЦЕ

Имена на застрахования:

ЕГН:  \* предоставяйки тази информация, Вие се съгласявате тя да бъде използвана за целите на комуникацията относно това застрахователно събитие

Телефонен номер\*:

E-mail\*:

АДРЕС

**Настоящ адрес:**

улица:

No.:  Град/село:

ж.к.:  Пощенски код:

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ЗАСТРАХОВАТЕЛНОТО СЪБИТИЕ

!!! Застрахователят запазва правото си да изиска допълнителни документи по собствена преценка, необходими за установяване на основателността и размера на претенцията. Всяка информация, получена във връзка със здравния Ви статус, се използва само и единствено за администрирането на процеса за обработка на застрахователна/и претенция/и от "Кардиф Общо застраховане, Клон България" КЧТ.

**Информация, свързана със събитието:**

Събитието е в резултат на:

Заболяване / Злополука на член от семейството  Полагане на грижи за член на семейството поради затваряне на училище

Начална дата на полагане на грижи за член на семейството: **Лицето, което се грижи за член от семейството, е:**

Застрахованото лице  съпруг/съпруга на Застрахованото лице  партньор на Застрахованото лице

Име и фамилия:  Дата на раждане:

**Член на семейството, за който се полагат грижи:**

съпруг/съпруга  дете  родител  партньор на Застрахованото лице

Име и фамилия:  Дата на раждане:

**Подробно описание във връзка с настъпилата злополука:**

Как:

Кога:

Къде:

**При какви обстоятелства:****Налице ли са данни за употреба на алкохол/ наркотици:**

В случай че се води разследване – моля, посочете информация за имената, адреса и телефона на разследващ полицай и номер на досъдебно производство/ имена и адрес на наблюдаващ прокурор и номер на прокурорска преписка:

**Информация при потенциално плащане**

В случай че застрахователната претенция бъде приета за основателна, Застрахователят извършва съответното застрахователно плащане в полза на ползващото се лице по застраховката – Застрахованият и/или кредитора (при застраховката, сключена в полза на кредитор). Ако застраховката предвижда плащане в полза на Застрахования, ние ще се свържем с Вас допълнително, за да Ви помолим да предоставите необходимите за целта данни.

**За клиентите, които имат добавена услуга „Второ медицинско мнение“:**

От името на „MediGuide International“, „Кардиф Животозастраховане, Клон България“ КЧТ и „Кардиф Общо застраховане, Клон България“ КЧТ любезно Ви напомнят, че може да се възползвате от Допълнителната медицинска услуга „Второ медицинско мнение“, предоставена от „MediGuide International“.

**Желая да ползвам услугата „Второ медицинско мнение“ и желая да получа препоръка за последващо лечение на база на предоставени медицински документи за проведени изследвания и първоначално поставена ми диагноза в България. След подаване на настоящото уведомление ще получа телефонно обаждане от „MediGuide Europe“ Ltd с практически указания за ползването на услугата.**

- Не желая да получа телефонно обаждане във връзка с услугата „Второ медицинско мнение“.  
(моля, отбележете с „V“, в случай че не желаете да получите телефонно обаждане)

С изпращането на този формуляр потвърждавам, че предоставената от мен информация е пълна и вярна, че не съм укрив нито един факт, който би могъл да повлияе на разследването по застрахователната претенция и определянето на размера на застрахователното обезщетение.

В случай че това уведомление е подадено по електронен път и възникнат съмнения относно идентификацията на подателя, застрахователят може да изиска писмено попълване на формуляра.

!При приемане на предявената застрахователна претенция за основателна, ще бъдете уведомен чрез смс или по друг подходящ начин за размера и периодичността на застрахователното плащане.

Застрахователите обработват получените лични данни в съответствие с изискванията на Общия регламент (ЕС) относно защитата на данните № 2016-679 (GDPR). Информация относно обработката на лични данни от страна на Застрахователите се съдържа в „Известието за защита на данните“, което е директно достъпно на следния интернет адрес: <https://bnpparibascardif.bg/zasita-na-licni-danni>, както и може да бъде получено в офиса на Застрахователите на хартиен носител. Това Известие съдържа цялата информация, отнасяща се до процесите по обработка на лични данни, която Застрахователите, в ролята си на администратори на лични данни, трябва да предоставят на субектите на данните, вкл. категориите обработваните лични данни, сроковете на тяхното съхранение, правата на субектите на данни в тази връзка, данни за контакт с длъжностното лице по защита на данните.

Желая да получа обратна връзка по:  по **e-mail**  на посочения постоянен/настоящ адрес

Дата:

Подпис на  
предявяващия претенция:

В случай на несъгласие със застрахователен договор или решение по предявен иск и всеки друг, застрахованият или друго заинтересовано лице има право да подаде оплакване/ жалба. Повече информация относно процеса може да бъде намерена на нашия [уебсайт](#).

Всякакви въпроси, разяснения и уточнения, свързани със застраховката, могат да бъдат отправяни към Застрахователите на тел.024915970 или с писмо, изпратено до адреса на Застрахователите.

Изпратете попълнен настоящия формуляр заедно с всички подробно описани документи от първа страница на e-mail: [cardifbulgaria@cardif.com](mailto:cardifbulgaria@cardif.com).

В случай че не получим някой от описаните документи по-горе, ще трябва да го поискаме отново, което ще удължи процеса за произнасяне със становище по застрахователната претенция.