COLONNADE
A FAIRFAX COMPANY

Уведомление за щета по застраховка „ Защитени лапи“

Номер на застрахователна Полица:

Имате ли регистрирани други претенции към Colonnade? ДА ☐ НЕ ☐ Номер на щета, под който е регистриран

Застрахован

Име и Фамилия | Адрес за контакт | П.К.

Дата на раждане | Телефон | E-mail

Домашен любимец

Име на домашния любимец | Вид (куче/котка) | Номер на Чип | Порода на домашния любимец

ДАННИ ЗА НАРАНЯВАНИЯ НА КУЧЕ/ КОТКА (Попълнете, ако претендирате за обезщетение за наранявания от злополука на куче/ котка.)

Дата на събитие | Час | Град / адрес на произшествието/ събитието

Описание на събитието (опишете подробно как и къде се случи събитието)

Коя част от тялото е наранена? | Къде е проведено първото лечение (адрес, име на ветеринарния лекар, дата и час на лечение)

Къде беше продължено лечението на Вашия домашен любимец? (адрес на клиниката, име на ветеринаря)

Вашият настоящ ветеринарен лекар, при който се намира настоящата медицинска документация за Вашия домашен любимец

Данни за заболяване на куче/котка (Попълнете, ако претендирате за обезщетение за заболяване на Вашето куче/ котка.)

Дата на събитие

Отбележете заболяването:
☐ Захарен Диабет ☐ Инфекциозна чума ☐ Сърдечно заболяване ☐ Проблем с ушите
☐ Ендокринна система ☐ Злокачествен рак ☐ Котешка астма ☐ Котешка болест на долните пикочни пътища
☐ Сърдечно-съдова и Дихателна система

Симптоми на заболяването (диагноза)

Къде е проведено първото лечение? (адрес на клиника, име на ветеринарния лекар, дата и час на лечението)

Къде допълнително е лекуван Вашият домашен любимец? (адрес на клиниката, име на ветеринарния лекар, дата и час на лечението)

Болестта диагностицирана ли е като хронична? ДА ☐ НЕ ☐

Кучето/котката лекувано ли е в миналото за това заболяване? ДА ☐ НЕ ☐

Кога? | Къде?

COLONNADE
A FAIRFAX COMPANY

Уведомление за щета по застраховка „……

Данни по покритието за отговорност на куче/котка (Попълнете, ако претендирате за обезщетение по покритието Гражданска отговорност куче/котка.)

Дата на събитие | Час | Град /Адрес на събитието

Имена на пострадалия (адрес / телефон/ email)

Какви са отношенията Ви с пострадалия?

Описание на събитието

Отговорност във връзка пътнотранспортно произшествие ли е? ДА ☐ НЕ ☐ Кой е обвинителят?

Инцидентът разследван ли е? ДА ☐ НЕ ☐ От кого?

Чувствате ли се виновен за причинените щети? ДА ☐ НЕ ☐ Направен ли е писмен иск за щетите? ДА ☐ НЕ ☐

Настъпили ли са щети по време на лов или боеве с кучета, състезания, участие в изложба или други спортни състезания? ДА ☐ НЕ ☐ Кога?

Банкова сметка на застрахования

Титуляр на сметката | BIC: | IBAN: | SWIFT

Допълнителна информация към застрахователя

Декларация и Пълномощно

Декларирам, че съм отговорил вярно и изчерпателно на всички въпроси и съм запознат с последиците от невярно представена информация съгласно застрахователния Договор. Съгласен съм Colonnade insurance S.A. да получава информация за здравето на моя домашен любимец, включително всякаква медицинска документация от всеки ветеринарен лекар, при който моя домашен любимец се е лекува, лекува и ще бъде лекуван. Освен това упълномощавам Colonnade S.A да получава от ветеринарните лекари информация за здравния статус на моя домашен любимец. Давам това съгласие и пълномощно за целите на разследване на застрахователните претенции дори след смъртта на моя домашен любимец.

Информация за личните данни

За да научите повече за това как Колонад Иншурънс Ес Ей – клон България обработва и защитава конфиденциалността на личните данни, можете да посетите нашия сайт. На него ще откриете пълна информация за правата на лицата по защита на личните данни. Пълния текст на нашата Политика за конфиденциалност можете да намерите на адрес: https://www.colonnade.bg/data-privacy-policy/. Моля да се запознаете и с Клауза „Защита на Личните данни“, включена в Общите условия по застраховката.

Забележка

Престъпление е съзнателно предоставяне на невярна или силно изопачена информация или пропускане на съществена информация при докладване на щети

Дата на уведомление

Подпис на застрахования(или упълномощен представител)

Докладът на ветеринарния лекар е част от доклада

Моля изпратете попълненото Уведомление за щета и Ветеринарния доклад (формуляр) на имейл: claims@colonnade.bg

Колонад Инурънс Ес Ей клон България
бул. Черни връх 51 Б вх. Б ет.2
гр. София п.к. 1407, България
тел. 0700 14 251 mail.; claims@colonnade.bg

Обработване на лични данни

С попълването и подаването на настоящото уведомление, Вие изисквате изпълнение от страна на Колонад Иншурънс Ес Ей – клон България ("Застрахователя") на застрахователен договор. Подобно искане, отправено до Застрахователя е достатъчно и самостоятелно основание за обработването на личните Ви данни, предоставени в/с уведомлението и приложените към него документи. В случай че нямате качеството "застрахован" или "застраховащ", към уведомлението следва да подадете и попълнена от Ваше име "Декларация-съгласие за обработване на лични данни", която можете да изтеглите от следния адрес: https://www.colonnade.bg/claims/formuliari-za-shteti. Моля да попълните Декларацията и да ни я изпратите подписана заедно с попълненото Уведомление. Без да имаме Вашето съгласие за обработване на лични данни не можем да обработим Вашата претенция.

Предоставяйки лични данни на Колонад Иншурънс Ес Ей – клон България ("Застрахователя") във връзка с Вашето изявление до Застрахователя и подписвайки се по-долу, Вие давате изричното си съгласие, Застрахователят да събере предоставените с настоящото лични данни и да ги обработва, по начина и за целите, посочени в „Политиката за конфиденциалност", която е публикувана на https://www.colonnade.bg/data-privacy-policy/, в „Декларация-съгласие за обработване на лични данни", която също е публикувана на https://www.colonnade.bg/claims/formuliari-za-shteti, както и за целите на застрахователното правоотношение.

Можете да изискате копие на "Политиката за конфиденциалност", като се свържете с нас на следния електронен адрес: dpo@colonnade.bg или като ни пишете на адрес: Колонад Иншурънс Ес Ей – клон България, гр. София 1407, бул. Черни връх № 51Б, вх. Б, ет. 2, ФеърПлей Бизнес Център.

Дата: Застрахован (Упълномощен):

(име) (подпис)