

**OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI  
PRACOVNÁ NESCHOPNOSŤ POISTENÉHO**

Označte krížikom a vyplňte nižšie uvedené údaje, týkajúce sa poistnej udalosti:

Názov spoločnosti, ktorá Vám poskytla finančný záväzok/kred.kartu (banka, leasing, spol. ...): .....  
Dátum vzniku poistnej udalosti (deň, mesiac, rok): ..... Číslo úveru / poistenia: .....  
Meno a priezvisko: ..... Rodné číslo poisteného: .....  
Kontaktná adresa poisteného: ..... Štátna príslušnosť poisteného: .....  
Telefónne číslo poisteného: ..... Číslo dokladu totožnosti .....  
Bankové spojenie pre príp. výplatu plnenia - číslo účtu poisteného (v tvare IBAN) a názov banky .....  
..... - podpisom tohto tlačiva prehlasujem, že som majiteľom vyššie uvedeného účtu.

Došlo k poistnej udalosti vplyvom alkoholu, nesprávnych dávok liekov či omamných látok?  áno  nie Akých .....

Bola poistná udalosť vyšetrowaná políciou:  nie  áno názov, adresa vyšetrujúceho orgánu a číslo vyšetrovacieho spisu

Súhlasím, aby mi akákoľvek korešpondencia, týkajúca sa tejto poistnej udalosti, bola zasielaná len elektronicky (e-mailom)  áno  nie

a to na túto e-mailovú adresu .....

Boli ste k dátumu vzniku pracovnej neschopnosti zamestnaný (á):  áno  SZČO-názov: .....

nezamestnaný/á v ochrannnej lehote  nezamestnaný/á -odkedy.....

Zamestnávateľ: ..... tel.č. zamestnávateľa: .....

K poistnej udalosti došlo v dôsledku:  choroby  úrazu - kedy sa stal úraz (dátum aj hodina) .....

Boli ste už v pracovnej neschopnosti z rovnakého dôvodu ako teraz:  nie  áno - uveďte prosím kedy (deň, mesiac, rok): .....

*V prípade, ak k poistnej udalosti došlo následkom úrazu:*

Ide o nový úraz  áno  nie

stručný popis úrazu: .....

Ide o následky úrazu z minulosti  nie  áno - o aký úraz išlo, kedy sa stal .....

**K vyplnenému formuláru priložte:**

- kópiu lekárom vystaveného dokladu "potvrdenie dočasnej pracovnej neschopnosti" so stanovením čísla diagnózy (I.časť)
- kópiu dokladu "prepúšťacia správa" príslušného zdravotníckeho zariadenia (ak prišlo k hospitalizácii)
- kópiu zmluvy v rámci ktorej ste pristúpili k poisteniu spoločnosti Poistovňa Cardif Slovakia, a.s.
- meno a presná adresa a tel. číslo Vášho praktického lekára u ktorého je kompletná zdravotná karta .....
- meno a presná adresa a tel. číslo lekára ktorý Vás lieči .....

Prehlasujem, že mnou poskytnuté informácie sú úplné a pravdivé. Beriem na vedomie, že akýkoľvek neúplný alebo nepravdivý údaj môže mať za následok odmietnutie plnenia a zánik poistenia. Nedodanie všetkých požadovaných dokladov môže mať za následok, že nebude možné šetrenie poistnej udalosti ukončiť. Svojim podpisom zároveň dávam súhlas Poistovni Cardif Slovakia, a.s. Plynárenská 7/C, 821/09 Bratislava, IČO: 36 534 978 (ďalej len „Poistovňa Cardif“) na spracovanie mojich osobných údajov v zmysle zákona č. 122/2013 Z.z., o ochrane osobných údajov v platnom znení uvedených v tomto oznámení, a to za účelom likvidácie poistnej udalosti. Tiež súhlasím s cezhraničným prenosom mojich osobných údajov členom skupiny BNP Paribas. Súhlas je daný na dobu neurčitú a je možné ho kedykoľvek písomne odvolať. Odvolanie nemá spätné účinky. Súhlasím s tým, aby Poistovni Cardif boli poskytnuté informácie o mojom zdravotnom stave, resp. strate zamestnania v rozsahu, ktorý požaduje, za účelom vyšetrowania a vybavenia poistnej udalosti. Za týmto účelom splnomocňujem mojich ošetrovujúcich lekárov a zdravotnícke zariadenia na poskytnutie lekárskeho správ, výpisov zo zdravotnej dokumentácie alebo na ich zapožičanie, čím ich zároveň zbavujem povinnosti mlčanlivosti voči Poistovni Cardif. Tiež splnomocňujem zamestnávateľa na poskytnutie informácií o pracovnom pomere Poistovni Cardif.

Dátum \_\_\_\_\_

Podpis poisteného \_\_\_\_\_

**Dôležité upozornenia:**

1. V prípade hlásenia akejkoľvek poistnej udalosti si poistovňa môže od poistenej osoby vyžiadať k tomuto vyplnenému Oznámeniu poistnej udalosti aj kópiu úverovej zmluvy, podpisom ktorej poistený pristúpil k poisteniu poskytovanému spoločnosťou Poistovňa Cardif Slovakia, a.s.
2. Vyplnením tohto Oznámenia poistnej udalosti a jeho zaslaním Poistovni Cardif Slovakia, a.s. **nezaniká povinnosť dlžníka platiť splátky úveru.**

## INFORMÁCIA O ZDRAVOTNOM STAVE POISTENÉHO

Prosíme vyplniť praktického príp. ošetrojúceho lekára poisteného v prípade pracovnej neschopnosti z titulu choroby alebo úrazu

Lekár poisteného ..... Špecializácia: .....  
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia ..... tel. číslo .....  
Meno, priezvisko a rodné číslo pacienta (poisteného): .....  
Výška poisteného..... cm Váha poisteného..... kg  
- vystavená PN  áno  nie  
- k dátumu PN  zamestnaný/SZČO  nezamestnaný v ochranej lehote  nezamestnaný  
- číslo legitimácie .....  
- doba trvania PN od ..... do ..... PS od.....  
- stanovená / konečná diagnóza ...../.....

Došlo k udalosti vplyvom alkoholu, nesprávnych dávok liekov či omamných látok?

nie  áno - akých ..... množstvo (ak je možné určiť - napr. ‰)

### I. Nahlásená udalosť v dôsledku choroby alebo úrazu

a) Z dôvodu akého ochorenia/úrazu je udalosť nahlásená? Dg. kódom / slovné

.....  
.....

b) Kedy vzniklo ochorenie/úraz na základe ktorého je udalosť hlásená (kedy bolo prvýkrát diagnostikované, resp. doložené v dokumentácii)?

Dg. \_\_\_\_\_ odkedy (deň, mesiac, rok) \_\_\_\_\_ Dg. \_\_\_\_\_ odkedy (deň, mesiac, rok) \_\_\_\_\_

c) Liečba, prípadné komplikácie a ďalšie významné diagnózy zistené počas trvania ochorenia/úrazu hláseného ako poistná udalosť. V prípade viacerých diagnóz vypíšte jednotlivé diagnózy a rozmedzie ich trvania.

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

### II. Zdravotný stav poisteného k dátumu začiatku poistenia, t.j. ku dňu \_\_\_\_\_

a) Ktoré iné choroby alebo poruchy zdravotného stavu mal/dodnes má poistený zistené? (napr. vysoký tlak, diabetes, srdcové choroby, obezita a iné). Kedy boli uvedené ochorenia prvýkrát zistené, diagnostikované, resp. doložené v dokumentácii?

Dg. kódom / slovné \_\_\_\_\_ odkedy (deň, mesiac, rok) \_\_\_\_\_

Dg. kódom / slovné \_\_\_\_\_ odkedy (deň, mesiac, rok) \_\_\_\_\_

b) Uveďte práceneschopnosti poisteného spolu s diagnózami a dĺžkou trvania v období 2 rokov pred začiatkom poistenia.

PN dg. \_\_\_\_\_ od – do \_\_\_\_\_ PN dg. \_\_\_\_\_ od – do \_\_\_\_\_

PN dg. \_\_\_\_\_ od – do \_\_\_\_\_ PN dg. \_\_\_\_\_ od – do \_\_\_\_\_

c) Bolo v súvislosti so zistenými chronickými ochoreniami, uvedenými v písm. a) alebo b) potrebné alebo odporúčené následné liečenie (napr. pravidelné kontroly, pravidelné užívanie liekov a pod.)?

nie  áno - aké .....odkedy.....na akú dobu .....

### III. Bol/je poistený v invalidnom dôchodku alebo čaká na jeho priznanie? Odkedy?

Údaje o zdravotnom stave musia byť potvrdené praktickým lekárom poisteného, inak Poist'ovňa Cardif Slovakia, a.s. uvedené údaje nemôže uznať pre potreby šetrenia nahlásenej poistnej udalosti. Náklady za vystavenie potvrdenia lekárom hradí poistený resp. kontaktná osoba, poisťovňa daný doklad neprepláca.

Prehlasujem, že uvedené údaje sú pravdivé, úplné a zodpovedajú skutočnosti.

Dátum: \_\_\_\_\_

Podpis a pečiatka lekára poisteného: \_\_\_\_\_