

**OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI
TRVALÁ INVALIDITA 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

K poistnej udalosti došlo v dôsledku: choroby úrazu

Stručný popis poistnej udalosti (za akých okolností k nej došlo):

K vyplnenému formuláru priložte kópie:

- „Rozhodnutia o priznaní invalidného dôchodku“ poistenému vystaveného Sociálnou poisťovňou
- lekárskeho potvrdenia, či zdravotný stav poisteného vyžaduje pre bežné životné činnosti starostlivosť inej osoby a ak áno, na akú dobu
- zmluva v rámci ktorej poistený pristúpil k poisteniu spoločnosti Poisťovňa Cardif Slovakia, a.s.
- meno, adresa a telefónne číslo kontaktnej osoby – rodinný pomer k poistenému
-
-
- meno a presná adresa a tel. číslo praktického lekára poisteného u ktorého je kompletná zdravotná karta
-
-
- meno a presná adresa a tel. číslo lekára ktorý liečil poisteného
-
-

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 Poisťovni Cardif Slovakia, a.s. Plynárska 7/C, 821/09 Bratislava, IČO: 36 534 978 (ďalej len „Poisťovňa 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 Poisťovni 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 Poisťovni Cardif. Tiež splnomocňujem zamestnávateľa na poskytnutie informácií o pracovnom pomere Poisťovni Cardif.

Dátum

Podpis poisteného / kontaktnej osoby

Dôležité upozornenia:

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

INFORMÁCIA O ZDRAVOTNOM STAVE POISTENÉHO

Prosíme vyplniť praktického príp. ošetrojúceho lekára poisteného v prípade trvalej invalidity 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 (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 odporučené 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 Poisťovňa 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: _____