

**OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI  
SMŔŤ POISTENÉHO**

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

Názov spoločnosti, ktorá poistenému poskytla finančný záväzok/kred.kartu (banka, leasing. spol. ...): .....

Číslo úveru / poistenia: .....

Meno a priezvisko: ..... Rodné číslo poisteného.....

Telefónne číslo kontaktnej osoby: .....

Adresa kontaktnej osoby ..... Vzťah k poistenému.....

Štátna príslušnosť:.....

Číslo dokladu totožnosti:.....

Dátum vzniku poistnej udalosti (deň, mesiac, rok): .....

Bankové spojenie pre príp. výplatu plnenia - číslo účtu (v tvare IBAN)), názov banky: .....

..... - podpisom tohto tlačiva prehlasujem, že som majiteľom vyššie uvedeného účtu..

Došlo k poistnej udalosti vplyvom alkoholu, nesprávnych dávok liekov či omamných látok?  nie  áno 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)  nie  áno 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:**

- „Úmrtý list poisteného“,
- lekárom vyplnený doklad „List o prehliadke mŕtveho“,
- „pítevná správa“ (ak bola prevedená súdna pitva)
- zmluva v rámci ktorej poistený pristúpil k poisteniu spoločnosti Poist'ovňa 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 Poist'ovni Cardif Slovakia, a.s. Plynárenská 7/C, 821/09 Bratislava, IČO: 36 534 978 (ďalej len „Poist'ovňa 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 Poist'ovni 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 Poist'ovni Cardif. Tiež splnomocňujem zamestnávateľa na poskytnutie informácií o pracovnom pomere Poist'ovni Cardif.

Dátum \_\_\_\_\_

Podpis 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 Poist'ovňa Cardif Slovakia, a.s.
2. Vyplnením tohto Oznámenia poistnej udalosti a jeho zaslaním Poist'ovni Cardif Slovakia, a.s. nezaniká povinnosť dlžníka platiť splátky úveru.

**POISŤOVŇA CARDIF SLOVAKIA, A.S.**

BBC V., Plynárenská 7/C, 821 09 Bratislava, tel.: 421-2-5824 0011, fax: 421-2-5824 0019, http://www.cardif.sk, IČO: 36 53 49 78, IČDPH: SK2021475885 Zap. v OR OS Bratislava I, odd. Sa, .....

## INFORMÁCIA O ZDRAVOTNOM STAVE POISTENÉHO

Prosíme vyplniť praktického príp. ošetrojúceho lekára poisteného v prípade smrti 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 ochrannnej 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 / slovne

.....  
.....

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 / slovne \_\_\_\_\_ odkedy (deň, mesiac, rok) \_\_\_\_\_

Dg. kódom / slovne \_\_\_\_\_ 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 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, poisť'ovňa daný doklad neprepláca.

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

Dátum: \_\_\_\_\_

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

POISŤOVŇA CARDIF SLOVAKIA, A.S.

BBC V., Plynárenská 7/C, 821 09 Bratislava, tel.: 421-2-5824 0011, fax: 421-2-5824 0019, http://www.cardif.sk, IČO: 36 53 49 78, IČDPH: SK2021475885 Zap. v OR OS Bratislava I, odd. Sa, vl. č. 2547/B,