

**OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI
HOSPITALIZÁCIA POISTENÉHO**

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

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

Číslo úveru / poistenia:

Meno a priezvisko, Rodné číslo poisteného:

Telefónne číslo poisteného:

Kontaktná adresa poisteného:

Štátna príslušnosť:.....

Číslo dokladu totožnosti:.....

Dátum vzniku poistnej udalosti (k hospitalizácii došlo v období (deň, mesiac, rok): od do

Bankové spojenie pre príp. výplatu plnenia - číslo účtu poisteného (predčíslenie, účet, kód banky), 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 vyšetrovaná políciou: nie áno názov, adresa vyšetrojúceho 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 hospitalizácii došlo v dôsledku: choroby úrazu

V prípade úrazu - kedy sa stal úraz (dátum aj hodina):

Ide o nový úraz áno nie

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

Popis poistnej udalosti (za akých okolností k nej došlo, diagnóza):

Tento vyplnený formulár prosím zašlite na adresu Poistovne Cardif Slovakia, a.s. spolu s nasledujúcimi dokumentmi:

- kópia prepúšťacej lekárskej správy príslušného zdravotníckeho zariadenia (po skončení hospitalizácie)
- kópia potvrdenia o uzatvorení poistenia (poistky) v rámci ktorej je uzatvorené poistenie pre prípad hospitalizácie
- meno a presná adresa a tel. číslo praktického lekára u ktorého je kompletná zdravotná karta

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 vyšetrovania a vybavenia poistnej udalosti. Za týmto účelom splnomocňujem mojich ošetrovujúcich lekárov a zdravotnícke zariadenia na poskytnutie lekárskej správy, 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:

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,