

**OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI  
KRITICKÁ CHOROBA 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 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)  áno  nie

a to na túto e-mailovú adresu .....

K dátumu PU ste boli:  zam. verejného sektoru  zam. neverejného sektoru  samostatne podnikajúca osoba  
 nezamestnaná osoba  nezamestnaná osoba v ochrannnej lehote

Jedná sa o kritickú chorobu:  infarkt myokardu  rakovina  náhla cievna mozgová príhoda  operácia koronárnych tepien (bypass)  chronické zlyhanie obličiek

Kritická choroba diagnostikovaná prvý krát (deň, mesiac, rok): .....

Kritická choroba diagnostikovaná lekárom (meno lekára, adresa zdravotníckeho zariadenie)

**Tento vyplnený formulár prosím zašlite na adresu Poistovne Cardif Slovakia spolu s nasledujúcimi dokladmi:**

- kópiu lekárom vystaveného záznamu o stanovení príslušnej diagnózy
- kópiu dokladu "prepúšťacia správa" príslušného zdravotníckeho zariadenia (ak prišlo v súvislosti s kritickou chorobou k hospitalizácii)
- kópiu zmluvy v rámci ktorej poistený pristúpil k poisteniu spoločnosti Poistovňa Cardif Slovakia, a.s.
- meno, adresa a tel. číslo lekára, u ktorého je zdravotná karta poisteného

.....  
meno, adresa a tel. číslo lekára, ktorý lieči poisteného  
.....

Beriem na vedomie, že poisťovňa je oprávnená podľa § 78 zákona č. 39/2015 Z.z. o poisťovníctve zisťovať, získavať, zaznamenávať, uchovávať, využívať a inak spracúvať osobné údaje klientov aj bez ich súhlasu, a to v rozsahu nevyhnutnom pri uzavretí poistnej zmluvy a správe poistenia. Ďalšie informácie ohľadne ochrany osobných údajov sa nachádzajú na internetovej stránke Poistovne Cardif Slovakia, a.s. v časti Ochrana osobných údajov v dokumente Informácia o ochrane osobných údajov.

Prehlasujem, že mnou poskytnuté údaje a informácie sú úplné a pravdivé. Beriem na vedomie, že akýkoľvek neúplný alebo nepravdivý údaj môže mať za následok odmietnutie plnenia a zánik poistenia. Neposkytnutie požadovaných dokladov môže mať za následok, že nebude možné poistnú udalosť ukončiť. Za týmto účelom splnomocňujem Poistovňu Cardif Slovakia, a.s., aby v mojom mene nadviazala kontakt s ošetrojúcimi lekármi, zdravotníckymi zariadeniami a Sociálnou poisťovňou a vyžiadala si od nich všetky potrebné informácie, týkajúce sa môjho zdravotného stavu.

Dátum \_\_\_\_\_

Podpis poisteného / kontaktnej osoby \_\_\_\_\_

**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

**INFORMÁCIA O ZDRAVOTNOM STAVE POISTENÉHO**

Poplatok za vyhotovenie správy o zdravotnom stave lekárom hradí poistená osoba alebo pozostalí. Poist'ovňa uhradí na bankový účet náklady na vyhotovenie správy o zdravotnom stave do výšky 7,00 EUR na základe pokladničného dokladu.

Prosíme vyplniť praktického prípadne ošetrojúceho lekára poisteného v prípade kritickej choroby.

Lekár poisteného ..... Špecializácia: .....  
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia ..... tel. číslo .....

Meno, priezvisko a rodné číslo pacienta (poisteného): .....

Výška poisteného..... cm Váha poisteného..... kg

Označte krížikom kritickú chorobu:

- infarkt myokardu
- rakovina
- náhla ciev. mozgová príhoda,
- operácia koronárnych tepien - bypass
- chronické zlyhanie obličiek)
- iná ako uvedená vyššie Aká: .....

**I. Nahlásená udalosť v dôsledku choroby**

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

b) Kedy vzniklo ochorenie na základe ktorého je udalosť hlásená (kedy bolo prvýkrát diagnostikované, )? .....

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

V prípade bypassu, dátum chirurgicky vykonanej operácie koronárnych artérií : (deň, mesiac, rok) \_\_\_\_\_

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

d) Pri diagnostikovaní náhlej cievnej mozgovej príhody alebo chronického zlyhania obličiek - pretrvávali príznaky ochorenia aj po 90 dňoch od stanovenia pôvodnej diagnózy:  áno  nie

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

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

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

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

III. Je poistený v invalidnom dôchodku alebo čaká na jeho priznanie?

nie  áno - dôvod ..... 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.

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

Dátum \_\_\_\_\_

Podpis poisteného / kontaktnej osoby \_\_\_\_\_