

**OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI  
SMŤ 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: ..... Vzťah k poistenému.....

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 (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 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 .....

<p>K poistnej udalosti došlo v dôsledku: <input type="checkbox"/> choroby <input type="checkbox"/> úrazu</p> <p>Stručný popis poistnej udalosti (za akých okolností k nej došlo):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><b>K vyplnenému formuláru priložte kópie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>■ „Úmrtý list poisteného“,</li><li>■ lekárom vyplnený doklad „List o prehliadke mŕtveho“, príp. „pítevná správa“ (ak bola prevedená súdna pitva)</li><li>■ zmluva v rámci ktorej poistený pristúpil k poisteniu spoločnosti Poist'ovňa Cardif Slovakia, a.s.</li><li>■ meno, adresa a telefónne číslo kontaktnej osoby – rodinný pomer k poistenému</li><li>.....</li><li>■ meno a presná adresa a tel. číslo praktického lekára poisteného u ktorého je kompletná zdravotná karta</li><li>.....</li><li>■ meno a presná adresa a tel. číslo lekára ktorý liečil poisteného .....</li></ul>
--

Prehlasujem, že

- nie som  / som  politicky exponovanou osobou (PEP)<sup>1</sup>, podľa zákona č. 297/2008 o ochrane pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti a o ochrane pred financovaním terorizmu a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „AML zákon“).
- uvedené údaje, slúžiace k identifikácii, sú správne, a nemám výhrady k vykonanej identifikácii.

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 Poisťovne 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 Poisťovňu Cardif Slovakia, a.s., aby v mojom mene nadviazala kontakt s ošetrovateľmi, zdravotníkmi, zdravotníckymi zariadeniami a Sociálnou poisťovňou a vyžiadala si od nich všetky potrebné informácie, týkajúce sa zdravotného stavu poisteného.

Dátum \_\_\_\_\_

Podpis kontaktnej osoby \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> PEP je fyzická osoba, ktorej je alebo bola zverená významná verejná funkcia, prípadne je k PEP blízkou osobou podľa ustanovenia §6, ods. 3 AML zákona alebo je konečným užívateľom výhod podľa ustanovenia §6a AML zákona

**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 Poisťovni Cardif Slovakia, a.s. nezaniká povinnosť dlžníka platiť splátkyúveru.

## 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 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

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 (k dátumu podpisu úverovej zmluvy), t.j. ku dňu .....

a) Ktoré iné choroby alebo poruchy zdravotného stavu mal 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) Uvedte 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 poistený v invalidnom dôchodku? 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 a pečiatka lekára poisteného: .....