

## OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI SMŔŤ 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 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 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 ošetrovúcich lekárov a zdravotnícke zariadenia na poskytnutie lekárskeho správ, 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 kontaktnej osoby .....

### Dôležité upozornenia:

1. V prípade hlásenia akejkoľvek poistnej udalosti si poist'ovňa 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.**

## INFORMÁCIA O ZDRAVOTNOM STAVE POISTENÉHO

Prosíme vyplniť praktického príp. ošetrojúceho lekára poisteného v prípade smrti z titulu CHOROBY

Lekár poisteného ..... Špecializácia:.....  
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia ..... tel. číslo .....  
Meno a priezvisko, rodné číslo poisteného: .....

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

- vystavená PN  áno  nie
- k dátumu PN  zamestnaný/SZČO  nezamestnaný v ochrannnej lehote  nezamestnaný
- číslo legitímácie .....
- doba trvania PN od ..... do ..... PS od.....
- stanovená / konečná diagnóza ..... /.....

Došlo k poistnej udalosti vplyvom alkoholu, nesprávnych dávok liekov či omamných látok?

nie  áno Akých ..... množstvo (napr. ‰) .....

### I. Nahlásená poistná udalosť (smrť) v dôsledku choroby

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

b) Kedy vzniklo ochorenie nahlásené ako poistná udalosť (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 počas predmetnej poistnej udalosti. V prípade viacerých diagnóz vypíšte jednotlivé dg. a dátum diagnostikovania ochorenia

### II. Zdravotný stav poisteného k dátumu začiatku poistenia t.j. ku dňu \_\_\_\_\_

a) Ktoré iné choroby alebo poruchy zdravotného stavu poistený mal zistené? (napr. vysoký tlak, diabetes, srdcové choroby, obezita, prípadne štádium a iné). Kedy uvedené ochorenia začali (kedy boli prvýkrát zistené, diagnostikované, resp. doložené v dokumentácii)?

Dg. kódom / slovne \_\_\_\_\_ odkedy (deň, mesiac, rok) \_\_\_\_\_

Dg. kódom / slovne \_\_\_\_\_ odkedy (deň, mesiac, rok) \_\_\_\_\_

b) Uvedte práceneschopnosti spolu s diagnózami a trvaním 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 ochoreniami alebo PN, uvedenými v písm. a) alebo b) potrebné alebo doporučené následné liečenie (napr. pravidelné kontroly, pravidelné užívanie liekov a pod.)?

nie  áno – aké ..... na akú dobu .....

### III. Bol poistený v invalidnom dôchodku alebo čakal na jeho priznanie? Odkedy?

Údaje o zdravotnom stave musia byť overené a potvrdené praktickým lekárom poisteného, inak Poist'ovňa Cardif Slovakia, a.s. predmetné údaje nemôže uznať pre potreby šetrenia nahlásenej poistnej udalosti. Náklady za vystavenie predmetného potvrdenia lekárom hradí kontaktná osoba, poisťovňa 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