

**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.

Dátum \_\_\_\_\_

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

**POISŤOVŇA CARDIF SLOVAKIA, A.S.**

**INFORMÁCIA O ZDRAVOTNOM STAVE POISTENÉHO**

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 odporúčené 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. Náklady za vystavenie potvrdenia lekárom hradí poistený resp. kontaktná osoba, poisťovňa daný doklad neprepláca.

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

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