

OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI TRVALÁ INVALIDITA 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 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) 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:

- „Rozhodnutia o priznaní invalidného dôchodku“ poistenému vystaveného Sociálnou poisťovňou
- lekárskej správy Sociálnej poisťovne, na základe ktorej bol priznaný invalidný dôchodok (zápisnica a odborný posudok o invalidite),
- zmluva v rámci ktorej poistený pristúpil k poisteniu spoločnosti Poisťovňa 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
-

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 ošetrojúcimi lekármi, zdravotníckymi zariadeniami a Sociálnou poisťovňou a vyžiadala si od nich všetky potrebné informácie, týkajúce sa môjho zdravotného.

Dátum _____

Podpis poisteného / kontaktnej osoby _____

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 Poisťovňa Cardif Slovakia, a.s.
2. Vyplnením tohto Oznámenia poistnej udalosti a jeho zaslaním Poisťovni Cardif Slovakia, a.s. nezaniká povinnosť dlžníka platiť splátky úveru.

INFORMÁCIA O ZDRAVOTNOM STAVE POISTENÉHO

Prosíme vyplniť praktického príp. ošetrojúceho lekára poisteného v prípade trvalej invalidity 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/dodnes má 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/je poistený v invalidnom dôchodku alebo čaká na jeho priznanie? 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 a pečiatka lekára poisteného: