

## OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI

pracovná neschopnosť, strata zamestnania

Označte krížikom a vyplňte nižšie uvedené údaje, týkajúce sa poistnej udalosti (ďalej aj „PU“), ktorú chcete nahlásiť:

Druh oznamovanej poistnej udalosti:  pracovná neschopnosť  strata zamestnania

Názov spoločnosti, ktorá Vám poskytla finančný záväzok/kred.kartu (banka, leasing. spol. ...): **Slovenská sporiteľňa, a.s.**

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: .....

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: .....

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 PU vplyvom alkoholu, liekov či omamných látok?  nie  áno, uveďte akých: .....

Bola PU vyšetrovaná políciou:  nie  áno, uveďte názov, adresu vyšetrojúceho orgánu, číslo vyšetrovacieho spisu: .....

### Vyplňte iba v prípade poistnej udalosti: **pracovná neschopnosť (ďalej len „PN“)**

K dátumu začiatku PN:  samostatne podnikajúca osoba - názov: .....

zamestnanec – uveďte zamestnávateľa a tel. kontakt: .....

nezamestnaný – odkedy: .....  nezamestnaný v ochrannnej lehote

PN nastala v dôsledku:  choroby  úrazu - kedy došlo k úrazu (dátum, hodina, miesto) .....

Stručný popis úrazu resp. choroby: .....

Ide o následky úrazu alebo choroby z minulosti  nie  áno - aký(á), kedy: .....

Boli ste už v PN z rovnakého dôvodu ako teraz:  nie  áno - uveďte kedy (deň, mesiac, rok): .....

Meno, adresa a tel. číslo lekára, u ktorého je Vaša zdravotná karta: .....

Meno, adresa a tel. číslo lekára, ktorý Vás lieči: .....

#### K vyplnenému formuláru priložte:

- kópiu lekárskym vystaveného dokladu "Potvrdenie dočasnej pracovnej neschopnosti" so stanovením čísla diagnózy (I. časť)
- kópiu dokladu "Prepúšťacia správa" príslušného zdravotníckeho zariadenia (iba ak prišlo k hospitalizácii)
- kópiu zmluvy v rámci, ktorej ste pristúpili k poisteniu Poistovne Cardif Slovakia, a.s.

### Vyplňte iba v prípade poistnej udalosti: **strata zamestnania a následná nezamestnanosť**

Dátum ukončenia prac. pomeru: ..... Prac. pomer trval od: ..... Dôvod ukončenia prac. pomeru: .....

Zamestnávateľ s ktorým došlo k skončeniu prac. pomeru: .....

Predchádzajúci zamestnávateľ: ..... Prac. pomer od – do: .....

Registrovaný na úrade práce, soc. vecí a rodiny (adresa): ..... odo dňa: .....

#### K vyplnenému formuláru priložte:

- kópiu pracovnej zmluvy vrátane prípadného dodatku s uvedením zmeny pracovného pomeru na dobu neurčitú
- kópiu dokladu o skončení pracovného pomeru
- kópiu rozhodnutia z úradu práce, sociálnych vecí a rodiny o zaradení do evidencie uchádzačov o zamestnanie
- kópiu potvrdenia o zápočte rokov
- kópiu zmluvy v rámci, ktorej ste pristúpili k poisteniu Poistovne Cardif Slovakia, a.s.

Beriem na vedomie, že moje osobné údaje uvedené v tomto oznámení poistnej udalosti sú spracovávané v zmysle poistných podmienok viazucich sa k predmetnému poistnému vzťahu v súlade so zákonom č. 122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov. Účelom spracúvania osobných údajov sú výlučne činnosti v zmysle zákona č. 8/2008 Z.z. o poisťovníctve. Okruh príjemcov je zverejnený na internetovej stránke poisťiteľa [www.bnpparibascardif.sk](http://www.bnpparibascardif.sk). Dotknutá osoba má právo domáhať sa svojich práv v súvislosti so spracúvaním osobných údajov spôsobom a v rozsahu stanovenom zákonom č. 122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov. Práva dotknutej osoby sú uvedené v § 28 zákona č. 122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov. Na základe písomnej žiadosti môže dotknutá osoba od poisťiteľa požadovať najmä: potvrdenie, či sú alebo nie sú osobné údaje o nej spracované, informácie o stave spracúvania svojich osobných údajov, informácie o zdroji, z ktorého boli získané osobné údaje, zoznam osobných údajov, ktoré sú predmetom spracúvania, opravu nesprávnych, neúplných alebo neaktuálnych osobných údajov a likvidáciu jej osobných údajov, ak bol splnený účel ich spracúvania alebo ak došlo k porušeniu zákona č. 122/2013 Z.z. 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 šetrenie poistnej udalosti ukončiť. Za týmto účelom splnomocňujem Poistovňu Cardif Slovakia, a.s., aby v mojom mene nadviazala kontakt s ošetrovateľmi, lekármi, zdravotníckymi zariadeniami a Sociálnou poisťovňou a vyžiadala si od nich všetky potrebné informácie, týkajúce sa môjho zdravotného. Zároveň splnomocňujem Poistovňu Cardif Slovakia, a.s., aby v mojom mene vyžiadala od zamestnávateľov (súčasného i predchádzajúcich), príslušného úradu práce, sociálnych vecí a rodiny a Sociálnej poisťovne všetky potrebné informácie, týkajúce sa môjho pracovného pomeru.

Dátum vyplnenia: .....

Podpis poisteného / splnomocnenej osoby: .....

#### Dôležité upozornenia:

1. V prípade hlásenia akejkoľvek poistnej udalosti je k tomuto vyplnenému Oznámeniu poistnej udalosti **nevyhnutné priložiť** aj kópiu úverovej zmluvy, podpisom ktorej poistený pristúpil k poisteniu poskytovanému spoločnosťou Poistovňa Cardif Slovakia, a.s.
2. Vyplnením tohto Oznámenia poistnej udalosti a jeho zaslaním Poistovni Cardif Slovakia, a.s. **nezaniká povinnosť dlžníka platiť splátky úveru.**
3. V prípade pracovnej neschopnosti z dôvodu choroby je nevyhnutné dať lekárovi vyplniť aj „Informáciu o zdravotnom stave poisteného“ uvedenú na druhej strane formuláru.

## INFORMÁCIA O ZDRAVOTNOM STAVE POISTENÉHO

Prosíme vyplniť praktického príp. ošetrojúceho lekára poisteného v prípade pracovnej neschopnosti 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  
- vystavená PN  áno  nie  
- k dátumu PN  zamestnaný/SZČO  nezamestnaný v ochranej lehote  nezamestnaný  
- číslo legitimácie .....  
- doba trvania PN od ..... do ..... PS od.....  
- stanovená / konečná diagnóza ...../.....

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

nie  áno - akých ..... množstvo (ak je možné určiť - napr. ‰)

### I. Nahlásená udalosť v dôsledku choroby alebo úrazu

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

.....  
.....

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, 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 / slovné \_\_\_\_\_ odkedy (deň, mesiac, rok) \_\_\_\_\_

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

b) Uveďte 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: \_\_\_\_\_