

**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
.....

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. Plynárska 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 ošetrovujúcich 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 poisteného / kontaktnej osoby _____

POISTOVŇA 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) Bol 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.