

**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. ...):

Číslo zmluvy / poistenia:

Meno a priezvisko, Rodné číslo poisteného:

Telefónne číslo poisteného:

Kontaktná adresa poisteného:

Dátum vzniku poistnej udalosti (deň, mesiac, rok):

Bankové spojenie pre príp. výplatu plnenia - číslo účtu poisteného (predčíslenie, účet, kód banky), názov banky:

Došlo k poistnej udalosti vplyvom alkoholu, nesprávnych dávok liekov či omamných látok? nie áno 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) nie áno 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
- lekárskeho potvrdenia, či zdravotný stav poisteného vyžaduje pre bežné životné činnosti starostlivosť inej osoby a ak áno, na akú dobu
- 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
.....

Prehlasujem, že mnou poskytnuté informácie sú úplné a pravdivé. Beriem na vedomie, že akýkoľvek môj neúplný alebo nepravdivý údaj môže mať za následok odmietnutie plnenia a následné odstúpenie od poistenia. Súhlasím so zisťovaním, poskytnutím a preskúmaním skutočností týkajúcich sa zdravotného stavu poisteného. Nedodanie všetkých požadovaných dokladov môže mať za následok, že nebude možné šetrenie poistnej udalosti ukončiť. Svojím podpisom zároveň dávam súhlas Poisťovni Cardif Slovakia, a.s. na spracovanie mojich osobných údajov v zmysle zákona č. 428/2002 Z.z., o ochrane osobných údajov v platnom znení, a to za účelom poistenia (resp. likvidácie poistných udalostí)

Dátum _____

Podpis poisteného / kontaktnej osoby _____

V prípade trvalej invalidity z titulu CHOROBY VYPLNIŤ aj II. stranu

INFORMÁCIA O ZDRAVOTNOM STAVE POISTENÉHO

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

Lekár poisteného Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia tel. číslo

Meno a priezvisko, rodné číslo poisteného:

Výška poisteného..... cm a váha poisteného kg

Vyžaduje zdravotný stav poisteného pre bežné životné činnosti starostlivosť inej osoby, a to po dobu celého jeho života áno nie
po dobu

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

I. Nahlásená poistná udalosť (trvalá invalidita) 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 štádiom 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 _____

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 poistený resp. kontaktná osoba, poisťovňa daný doklad neprepláca.

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

Dátum: _____

Podpis a pečiatka lekára poisteného: _____