

OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI

č.:

Označte krížikom a vyplňte nižšie uvedené údaje, týkajúce sa poistnej udalosti ktorú chcete nahlásiť:

Druh poistnej udalosti: smrť plná a trvalá invalidita pracovná neschopnosť strata zamestnania

Názov spoločnosti, ktorá Vám poskytla úver/ leasing/ kreditnú kartu (banka, leasing. spol. ...):

Číslo zmluvy / poistenia:

Meno a priezvisko, rodné číslo, adresa, a tel. č. poisteného:

Bol Vám/poistenému priznaný starobný dôchodok alebo čakáte na jeho priznanie? Odkedy (deň, mesiac, rok):

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

Došlo k poistnej udalosti vplyvom alkoholu, nesprávnych dávok liekov či omamných látok? áno nie AkýchBola poistná udalosť vyšetrovaná políciou: nie áno názov, adresa vyšetrojúceho orgánu a číslo vyšetrovacieho spisuČíslo účtu poisteného (ak podľa poistnej zmluvy oprávnenou osobou na prijatie plnenia je poistený): predčísle..... č. účtu.....
kód banky.....**Vyplňte v prípade poistnej udalosti: smrť / plná a trvalá invalidita**K poistnej udalosti došlo v dôsledku: choroby úrazu

Stručný popis poistnej udalosti (za akých okolností k nej došlo):

K vyplnenému formuláru priložte kópie:

- v prípade smrti: - „Úmrtného listu poisteného“,
- lekárom vyplneného dokladu „List o prehliadke mŕtveho“,
- dokladu „pítevná správa“ (ak bola prevedená súdna pitva)
- v prípade invalidity: - „rozhodnutia o priznaní invalidného dôchodku“ poistenému vystaveného Sociálnou poisťovňou s vyznačeným dátumom, ku ktorému toto rozhodnutie nadobudlo právoplatnosť a vykonateľnosť,
- lekárskeho potvrdenia, či zdravotný stav poisteného vyžaduje pre bežné životné činnosti starostlivosť inej osoby, a to po dobu celého jeho života
- kópia zmluvy v rámci ktorej poistený pristúpil k poisteniu spoločnosti Poisťovňa Cardif Slovakia, a.s.
- meno, adresa a telefónne číslo kontaktnej osoby
- 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.....

Vyplňte v prípade poistnej udalosti: pracovná neschopnosťBoli ste k dátumu vzniku pracovnej neschopnosti zamestnaný (á): áno SZČO-názov: v ochrannej lehote nezamestný-odkedy.....

Zamestnávateľ: tel.č. zamestnávateľa:

K poistnej udalosti došlo v dôsledku: choroby úrazu - kedy sa stal úraz (dátum aj hodina)Ide o nový úraz áno nie stručný popis úrazu:Ide o následky úrazu z minulosti nie áno - o aký úraz išlo, kedy sa stal

Odhad doby trvania pracovnej neschopnosti (podľa názoru Vášho lekára):

Bol(a) ste už v pracovnej neschopnosti z rovnakého dôvodu ako teraz: nie áno - uveďte prosím kedy (deň, mesiac, rok):**K vyplnenému formuláru priložte:**

- kópia lekárom vystaveného dokladu „potvrdenie dočasnej pracovnej neschopnosti“ so stanovením čísla diagnózy (I.časť)
- kópia dokladu „prepúšťacia správa“ príslušného zdravotníckeho zariadenia (ak prišlo k hospitalizácii)
- kópia zmluvy v rámci ktorej ste pristúpili k poisteniu spoločnosti Poisťovňa Cardif Slovakia, a.s.
- meno a presná adresa a tel. číslo Vášho praktického lekára u ktorého je kompletná zdravotná karta
- meno a presná adresa a tel. číslo lekára ktorý Vás lieči

Vyplňte v prípade poistnej udalosti: strata zamestnania / nezamestnanosť

Ku ktorému dátumu s Vami zamestnávateľ rozviazal pracovný pomer (dátum skončenia pracovného pomeru):

Kedy ste obdržal(a) od zamestnávateľa písomné vyrozumienie o rozviazaní pracovného pomeru (deň, mesiac, rok):

Uveďte prosím: adresu, tel. č. a meno zamestnávateľa, u ktorého došlo k rozviazaniu pracovného pomeru:

Dôvod rozviazania pracovného pomeru:

Uveďte údaje o predchádzajúcom zamestnávateľovi (názov, adresa, tel.č. a doba trvania pracovného pomeru):

Uveďte údaje o úrade práce, sociálnych vecí a rodiny (adresa a od ktorého dátumu (deň, mesiac, rok) ste registrovaný(á) na úrade práce ako evidovaný(á) nezamestnaný(á) – ste vedený(á) v evidencii uchádzačov o zamestnanie):

K vyplnenému formuláru priložte:

- kópia pracovnej zmluvy vrátane všetkých dodatkov
- kópia dokladu o rozviazaní pracovného pomeru
- kópia potvrdenia zo sociálnej poisťovne o priznaní / nepriznaní podpory (dávky) v nezamestnanosti (odôvodnenie nepriznania podpory)
- kópia rozhodnutia z úradu práce, sociálnych vecí a rodiny, že ste bol (-a) zaregistrovaný(á) do evidencie nezamestnaných (uchádzačov o zamestnanie)
- kópia potvrdenia o zápočte rokov
- kópia zmluvy v rámci ktorej ste pristúpili k poisteniu spoločnosti Poisťovňa Cardif Slovakia, a.s.

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 a preskúmaním skutočností týkajúcich sa zdravotného stavu (poisteného), resp. straty zamestnania (poisteného). Nedodanie všetkých požadovaných dokladov môže mať za následok, že nebude možné šetrenie poistnej udalosti ukončiť.

Dátum _____ Podpis poisteného / resp. kontaktnej osoby _____

 VYPLNIŤ aj II. stranu v prípade smrti, plnej a trvalej invalidity alebo pracovnej neschopnosti z titulu CHOROBY

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, cardifsllovakia@cardif.com

IČO: 36 53 49 78, IČDPH: SK2021475885, Zap. v OR OS Bratislava I, odd. Sa, vl. č. 2547/B, bankové spojenie: Slovenská sporiteľňa, a.s., Bratislava, číslo účtu: 017 275 3930/0900

INFORMÁCIA O ZDRAVOTNOM STAVE POISTENÉHO**Prosíme vyplniť praktického príp. ošetrojúceho lekára poisteného v prípade smrti, invalidity alebo pracovnej neschopnosti z titulu CHOROBY**

Lekár poisteného Názov a adresa zdravotného zariadenia tel. číslo

Meno a priezvisko, rodné číslo poisteného:

Poisteného výška cm a váha kg

Označte krížikom druh poistnej udalosti: smrť z titulu choroby plná a trvalá invalidita z titulu choroby pracovná neschopnosť z titulu choroby - vystavená PN áno nie zamestnaný/SZČO v ochrannnej lehote nezamestnaný

- číslo legitimácie

- doba trvania PN od do PS od

- stanovená /konečná diagnóza/.....

Došlo k poistnej udalosti vplyvom alkoholu, nesprávnych dávok liekov či omamných látok? áno nie Akých %o**I. Nahlásená poistná udalosť (smrť, invalidita alebo pracovná neschopnosť) 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 PN. V prípade viacerých diagnóz vypíšte jednotlivé dg. a rozmedzie ich trvania (počas PN).....
.....
.....
.....
.....
.....**II. Zdravotný stav poisteného k dátumu začiatku poistenia t.j. ku dňu _____****a) Ktoré iné choroby alebo poruchy zdravotného stavu poistený mal/dodnes má zistené? (napr. vysoký tlak, diabetes, srdcové choroby, obezita, prípadne štádium 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) Uveďte 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 _____

III. Je poistený v invalidnom dôchodku/starobnom dôchodku alebo čaká na jeho priznanie? Odkedy?

.....

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: _____