

**OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI
TRVALÁ INVALIDITA POISTENÉHO**

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

Názov spoločnosti, ktorá Vám poskytla úver/kred.kartu: mBank S.A.,pobočka zahraničnej banky

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 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) nie áno

a to na túto e-mailovú adresu

<p>K poistnej udalosti došlo v dôsledku: <input type="checkbox"/> choroby <input type="checkbox"/> úrazu</p> <p>Stručný popis poistnej udalosti (za akých okolností k nej došlo):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>K vyplnenému formuláru priložte kópie:</p> <ul style="list-style-type: none">■ „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..........

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 je v zmysle zákona č. 8/2008 Z.z. o poisťovníctve identifikácia dotknutých osôb a ich zástupcov a zachovania možnosti následnej kontroly tejto identifikácie, uzavieranie poistných zmlúv a správa poistenia medzi poisťiteľom; a dotknutými osobami, ochrana a domáhanie sa práv poisťiteľa voči dotknutým osobám, zdokumentovanie činnosti poisťovateľa, výkon dohľadu nad poisťovňami a nad ich činnosťami a na plnenie povinností a úloh poisťovateľa, ktoré mu vyplývajú zo všeobecne záväzných právnych predpisov. Okruh príjemcov je zverejnený na internetovej stránke poisťiteľa www.bnpparibascardif.sk. Dotknutá osoba má právo domáhať sa svojich práv v súvislosti so spracovávaním osobných údajov spôsobom a v rozsahu stanovenom zákonom 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 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 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 zdravotného stavu poisteného.
- Splnomocňujem Poisťovňu 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 pracovného pomeru poisteného.

Dátum _____

Podpis poisteného / kontaktnej osoby _____

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 nie
 áno 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 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 _____

c) Bolo v súvislosti so zistenými ochoreniami alebo PN, uvedenými v písm. a) alebo b) potrebné alebo odporúčané následné liečenie (napr. pravidelné kontroly, pravidelné užívanie liekov a pod.) ?

 nie áno - aké na akú dobu

Údaje o zdravotnom stave musia byť overené a potvrdené praktickým lekárom poisteného, inak Poisťovňa 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: _____