

**OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI
PRACOVNÁ NESCHOPNOSŤ 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

Boli ste k dátumu vzniku pracovnej neschopnosti zamestnaný (á): áno SZČO-názov:
 nezamestnaný/á v ochrannnej lehote nezamestnaný/á - odkedy.....

Zamestnávateľ: tel.č. zamestnávateľa:

K poistnej udalosti došlo v dôsledku: choroby úrazu - kedy sa stal úraz (dátum aj hodina)

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

V prípade, ak k poistnej udalosti došlo následkom úrazu:

Ide o nový úraz áno nie

stručný popis úrazu:

Ide o následky úrazu z minulosti nie áno - o aký úraz išlo, kedy sa stal

K vyplnenému formuláru priložte:

- kópiu lekárom vystaveného dokladu "potvrdenie dočasnej pracovnej neschopnosti" so stanovením čísla diagnózy (1.časť)
- kópiu dokladu "prepúšťacia správa" príslušného zdravotníckeho zariadenia (ak prišlo k hospitalizácii)
- kópiu zmluvy v rámci ktorej ste pristúpili k poisteniu spoločnosti Poistovňa 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

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 poistovníctve 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 Poistovňu 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 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 pracovného pomeru poisteného.

Dátum

Podpis poisteného

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>, IČO: 36 53 49 78, IČDPH: SK2021475885 Zap. v OR OS Bratislava I, odd. Sa, vl. č. 2547/B,

V prípade pracovnej neschopnosti z titulu CHOROBY VYPLNIŤ aj II. stranu

INFORMÁCIA O ZDRAVOTNOM STAVE POISTENÉHO

Prosíme vyplniť praktického príp. ošetrojúceho lekára poisteného v prípade pracovnej neschopnosti 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

Odpoveď označte krížikom: vystavená PN áno nie
k dátumu PN zamestnaný/SZČO nezamestnaný v ochrannnej lehote nezamestnaný
číslo legitímácie
doba trvania PN od do PS od.....
stanovená /konečná diagnóza/.....Došlo k poistnej udalosti vplyvom alkoholu, nesprávnych dávok liekov či omamných látok? nie áno Akých .
..... %o

I. Nahlásená poistná udalosť (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 poistnej udalosti. V prípade viacerých diagnóz vypíšte jednotlivé dg. a rozmedzie ich trvania (počas PN)
.....
.....
.....
.....
.....

d) Odhad doby trvania pracovnej neschopnosti

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) 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 _____

c) Bolo 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? Odkedy?

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: _____