

## 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: .....  
 Dátum vzniku poistnej udalosti (deň, mesiac, rok): .....  
 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 .....  
 Číslo účtu poisteného (ak podľa poistnej zmluvy oprávnenou osobou na prijatie plnenia je poistený): predčíslenie..... 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 – 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.....

### Vyplňte v prípade poistnej udalosti: **pracovná neschopnosť**

Boli ste k dátumu vzniku pracovnej neschopnosti zamestnaný (á):  áno  SZČO-názov: .....  v ochrannnej 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:**  
 ■ kópiu lekárom vystaveného dokladu “potvrdenie dočasnej pracovnej neschopnosti” so stanovením čísla diagnózy (I.časť)  
 ■ kópiu dokladu “prepúšťacia správa” príslušného zdravotníckeho zariadenia (ak prišlo k hospitalizácii)  
 ■ kópiu 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:**  
 ■ kópiu pracovnej zmluvy vrátane všetkých dodatkov  
 ■ kópiu dokladu o rozviazaní pracovného pomeru  
 ■ kópiu potvrdenia zo sociálnej poisťovne o priznaní / nepriznaní podpory (dávky) v nezamestnanosti (odôvodnenie nepriznania podpory)  
 ■ kópiu rozhodnutia z úradu práce, sociálnych vecí a rodiny, že ste bol (-a) zaregistrovaný(á) do evidencie nezamestnaných (uchádzačov o zamestnanie)  
 ■ kópiu potvrdenia o zápočte rokov  
 ■ kópiu 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 preskúvaním 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**

**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 -  
vyžaduje zdravotný stav poisteného pre bežné životné činnosti starostlivosť inej osoby, a to po dobu celého jeho života  áno  nie
- pracovná neschopnosť z titulu choroby - vystavená PN  áno  nie  
- k dátumu PN  zamestnaný/SZČO  v ochrannej 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 ..... % .....

**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 poistnej udalosti. 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 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: \_\_\_\_\_