

# OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI

## PRACOVNÁ NESCHOPNOSŤ / STRATA ZAMESTNANIA / ÚRAZOVÁ HOSPITALIZÁCIA

OZNAČTE KRÍŽIKOM A VYPLŇTE NIŽŠIE UVEDENÉ ÚDAJE, TÝKAJÚCE SA NAHLASOVANEJ POISTNEJ UDALOSTI		
Číslo zmluvy/poistenia		
Druh nahlasovanej poistnej udalosti	<input type="checkbox"/> pracovná neschopnosť poisteného <input type="checkbox"/> strata zamestnania poisteného <input type="checkbox"/> úrazová hospitalizácia	
Meno a priezvisko poisteného		
Rodné číslo poisteného		
Kontaktná adresa poisteného		
Telefónne č. poisteného		
Bankové spojenie pre prípad výplaty poistného plnenia (predčíslenie, číslo účtu, kód banky)		
Dátum vzniku poistnej udalosti (deň, mesiac, rok)		
Došlo k poistnej udalosti v súvislosti s požívaním alkoholu, nesprávnych dávok liekov či omamných látok?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno	Akých
Bolo v súvislosti s poistnou udalosťou vedené vyšetrovanie polície?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno	
Ak 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)	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno	a to na túto e-mailovú adresu
<b>VYPLŇTE V PRÍPADE POISTNEJ UDALOSTI: PRACOVNÁ NESCHOPNOSŤ / ÚRAZOVÁ HOSPITALIZÁCIA</b>		
Boli ste k dátumu vzniku pracovnej neschopnosti zamestnaný (á)	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> SZČO – názov
	<input type="checkbox"/> nezamestnaný/á v ochrannnej lehote	<input type="checkbox"/> nezamestnaný/á – odkedy
Zamestnávateľ		
Tel. č. zamestnávateľa		
K poistnej udalosti došlo v dôsledku	<input type="checkbox"/> choroby <input type="checkbox"/> úrazu	kedy sa stal úraz (dátum aj hodina)
Boli ste už v pracovnej neschopnosti z rovnakého dôvodu ako teraz	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno	uvedte prosím kedy (deň, mesiac, rok)
V prípade ak k poistnej udalosti došlo následkom úrazu		
Ide o nový úraz	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno	
Stručný popis úrazu (ako k úrazu došlo, jeho následky)		
Ide o následky úrazu z minulosti		
O aký úraz išlo, kedy sa stal		
K vyplnenému formuláru priložte kópiu potvrdenia o poistení a nasledujúce doklady:		
<ul style="list-style-type: none"><li>• kópiu lekárom vystaveného dokladu "potvrdenie dočasnej pracovnej neschopnosti" so stanovením čísla diagnózy (I. časť)</li><li>• kópiu dokladu "prepúšťacia správa" príslušného zdravotníckeho zariadenia (ak prišlo k hospitalizácii)</li><li>• kópiu zmluvy o pôžičke, na základe ktorej vznikla povinnosť splácať mesačné poplatky pôžičky poskytnutej na nákup mobilného telefónu</li><li>• meno, presná adresa a tel. číslo Vášho praktického lekára u ktorého je kompletná zdravotná karta:</li></ul>		
.....		
<ul style="list-style-type: none"><li>• meno, presná adresa a tel. číslo lekára ktorý Vás lieči resp. zdravotníckeho zariadenia, v ktorom ste boli hospitalizovaný:</li></ul>		
.....		

**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 názov 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 dňa ste registrovaný(á) na úrade práce ako evidovaný(á) nezamestnaný(á) – ste vedený(á) v evidencii uchádzačov o zamestnanie)	
K vyplnenému formuláru priložte kópiu potvrdenia o poistení a nasledujúce doklady: <ul style="list-style-type: none"><li>• kópiu pracovnej zmluvy vrátane všetkých jej dodatkov</li><li>• kópiu dokladu o rozviazaní pracovného pomeru</li><li>• kópiu potvrdenia zo sociálnej poisťovne o priznaní / nepriznaní podpory (dávky) v nezamestnanosti (odôvodnenie nepriznania podpory)</li><li>• kópiu rozhodnutia z úradu práce, sociálnych vecí a rodiny, že ste boli zaregistrovaný(á) do evidencie nezamestnaných (uchádzačov o zamestnanie)</li><li>• kópiu zmluvy o pôžičky na základe ktorej vznikla povinnosť splácať mesačné poplatky pôžičky poskytnutej na nákup mobilného telefónu</li></ul>	
Prehlasujem, že mnou poskytnuté informácie sú úplné a pravdivé. Beriem na vedomie, že akýkoľvek mnou poskytnutý neúplný alebo nepravdivý údaj môže mať za následok odmietnutie plnenia a následné odstúpenie od poistenia. Súhlasím so zisťovaním a preskúmaním skutočností týkajúcich sa môjho zdravotného stavu resp. pracovného pomeru a straty zamestnania. 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. a Altair Assurances S.A. 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). Prehlasujem, že vyššie uvedené údaje sú úplné a pravdivé.	
Dátum	Podpis poisteného

# INFORMÁCIA O ZDRAVOTNOM STAVE POISTENÉHO

PROSÍME VYPLNIŤ PRAKTICKÉHO PRÍP. OŠETRUJÚCEHO LEKÁRA POISTENÉHO V PRÍPADE PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI Z TITULU CHOROBY			
Lekár poisteného			
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia			
Telefónne číslo			
Meno a priezvisko, rodné číslo poisteného			
Výška poisteného (cm)		Váha poisteného (kg)	
<b>ODPOVEĎ OZNAČTE KRÍŽIKOM:</b>			
Vystavená PN	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno	
K dátumu PN bol poistený	<input type="checkbox"/> zamestnaný/SZČO	<input type="checkbox"/> nezamestnaný v ochranej lehote	<input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno	Akých (%)
<b>1. NAHLÁSENÁ POISTNÁ UDALOSŤ - PRACOVNÁ NESCHOPNOSŤ V DÔSLEDKU CHOROBY</b>			
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:			
<b>2. ZDRAVOTNÝ STAV POISTENÉHO K DÁTUMU ZAČIATKU POISTENIA T.J. KU DŇU</b>			
a) Ktoré iné choroby alebo poruchy zdravotného stavu mal/dodnes má poistený 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
<b>3. JE POISTENÝ V INVALIDNOM DŮCHODKU ALEBO ČAKÁ NA JEHO PRIZNANIE? ODKEDY?</b>			
Údaje o zdravotnom stave musia byť overené a potvrdené praktickým lekárom poisteného, inak Poistovňa 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.			
Dátum	Podpis a pečiatka lekára poisteného		