

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:

Vyplňte v prípade poistnej udalosti: pracovná neschopnosť / úrazová hospitalizácia

Boli ste k dátumu vzniku pracovnej neschopnosti zamestnaný (á):	<input type="checkbox"/> áno	SZČO – názov:	
	<input type="checkbox"/> nezamestnaný/á v ochrannnej lehote	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"/> áno	<input type="checkbox"/> nie	
Stručný popis úrazu (ako k úrazu došlo, jeho následky):			
.....			
Ide o následky úrazu z minulosti:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno	o aký úraz išlo, kedy sa stal:

K vyplnenému formuláru priložte kópiu potvrdenia o poistení a nasledujúce doklady:

- 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 o pôžičke, na základe ktorej vznikla povinnosť splácať mesačné poplatky pôžičky poskytnutej na nákup mobilného telefónu
- meno, presná adresa a tel. číslo Vášho praktického lekára u ktorého je kompletná zdravotná karta:
-
- meno, presná adresa a tel. číslo lekára ktorý Vás lieči resp. zdravotníckeho zariadenia, v ktorom ste boli hospitalizovaný:
-

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):	
Uvedte prosím: adresu, tel. č. a názov zamestnávateľa, u ktorého došlo k rozviazaniu pracovného pomeru:	
Dôvod rozviazania pracovného pomeru:	
Uvedte údaje o predchádzajúcom zamestnávateľovi (názov, adresa, tel. č. a doba trvania pracovného pomeru):	
Uvedte 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:

- kópiu pracovnej zmluvy vrátane všetkých jej 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 boli zaregistrovaný(á) do evidencie nezamestnaných (uchádzačov o zamestnanie)
- kópiu zmluvy o pôžičke na základe ktorej vznikla povinnosť splácať mesačné poplatky pôžičky poskytnutej na nákup mobilného telefónu

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 preskúvaním 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:
-------------	--------------------------

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	Váha poisteného kg
Odpoveď označte krížikom:			
▪ vystavená PN:	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie	
▪ k dátumu PN bol poistený:	<input type="checkbox"/> zamestnaný/SZČO	<input type="checkbox"/> nezamestnaný v ochrannnej lehote	<input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno	Akých (‰)

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 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) 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

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:
-------------	--