

OZNÁMENIE ŠKODOVEJ UDALOSTI – HOSPITALIZÁCIA

Teší nás, že máte poistenie práve u nás a veríme, že vám pomôžeme zvládnuť vašu neľahkú situáciu.

Spísali sme súhrn najdôležitejších bodov, vďaka ktorým môžeme vašu udalosť vyriešiť čo najrýchlejšie.
Prosím venujte im pozornosť.

1. Nasledujúci **formulár vyplňte elektronicky**.
2. **Nezabudnite uviesť váš e-mail a telefón**, potrebujeme ich k tomu, aby sme vám mohli poselať aj zabezpečenú komunikáciu a vy nebudete musieť chodiť na poštu. **Naša komunikácia bude vďaka tomu čo najrýchlejšia.**
3. Pre vyriešenie udalosti **potrebujeme nasledujúce doklady** (vždy iba kópiu - sken, či foto):

Vždy:

- ☐ vyplnený formulár **Oznámenie škodovej udalosti** (nižšie)
- ☐ konečnú prepúšťacu správu z nemocničného zariadenia
- ☐ zdravotnú dokumentáciu o priebehu liečby

V prípade, že:

- ste boli hospitalizovaný/a **kvôli chorobe** ☐ **lekárske správy z prvého zachytenia choroby**
- ste boli hospitalizovaný/a **kvôli úrazu** ☐ **lekárske správy o prvom ošetrení bezprostredne po úraze**

Pošlite nám aj **ďalšie doklady a lekárske správy z minulosti**, ktoré máte v zdravotnej dokumentácii k tejto chorobe alebo úrazu – môžu nám pomôcť pri posudzovaní vašej udalosti.

4. V prípade, že zdravotnú **dokumentáciu nemáte, požiadajte o ňu zdravotnícke zariadenie, kde ste boli hospitalizovaný/á, svojho praktického lekára alebo špecialistu**, u ktorého ste sa s hlásenými ťažkosťami liečili. Stačí, keď si dokumentáciu vyfotíte mobilným telefónom a pošlete nám ju e-mailom. **Pokiaľ nám bude nejaký doklad chýbať, budeme si ho od vás musieť vyžiadať a šetrenie vašej udalosti sa tak zbytočne predĺži.**
5. **Všetky potrebné doklady pošlite spolu na e-mail: cardifslovakia@cardif.com.**
Zaslaním všetkých **dokladov spolu e-mailom urýchlite riešenie udalosti.**

Na **našom webe** nájdete ďalšie možnosti, ako nahlásiť udalosť a pokiaľ máte nejaké otázky, ozvite sa nám na naše **Klientske centrum**.



OZNÁMENIE ŠKODOVEJ UDALOSTI – HOSPITALIZÁCIA

POISTENÝ

Poistený (meno a priezvisko):

Rodné číslo: / Dátum narodenia:

Štát narodenia: Štátna príslušnosť:

Číslo zmluvy (napr. číslo úverového účtu):

Telefón*: + E-mail*:

*v prípade uvedenia súhlasíte s použitím tohoto údaju pre komunikáciu týkajúcu sa tejto udalosti

Pokiaľ ste SZČO, uveďte prosím vaše IČO:

ADRESA

Adresa trvalého pobytu:

Ulica:

Súpisné číslo: Obec:

Štát: PSČ:

Korešpondenčná adresa, pokiaľ je odlišná od trvalej:

Ulica:

Súpisné číslo: Obec:

Štát: PSČ:

UDALOSŤ

Údaje k udalosti

K hospitalizácii došlo v dôsledku: ☐ Choroby ☐ Úrazu

Dátum vzniku udalosti:

Popíšte prosím detailne vaše ochorenie/ úraz:

Liečili ste sa s týmto ochorením, prípadne rovnakým úrazom už v minulosti? ☐ Áno ☐ Nie Kedy:

Ste alebo bola vám priznaná invalidita? ☐ Áno ☐ Nie od do

Ste v starobnom dôchodku? ☐ Áno ☐ Nie od

Vyšetrovala udalosť Polícia SR? Pokiaľ áno, uveďte, prosím, adresu:

ADRESA LEKÁRA

Kontakt na ošetrojúceho (praktického) lekára

Lekár (meno a priezvisko): Telefón:

Adresa ordinácie Ulica: Súpisné číslo:

Obec: PSČ:

Kontakt na špecialistu, ktorý riešil zdravotný problém, ktorý hlásite

Lekár (meno a priezvisko):

Telefón:

Adresa ordinácie Ulica:

Súpisné číslo:

Obec:

PSČ:

Údaje k prípadnej výplate poistného plnenia

Číslo účtu v tvare IBAN pre prípadnú výplatu poistného plnenia a preplatenia nákladov poisteného:

☐ **Označte iba v prípade, že:**

som politicky exponovanou osobou (PEP)¹, podľa zákona č. 297/2008 o ochrane pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti a o ochrane bola zverená významná verejná funkcia, prípadne je k PEP blízkou osobou podľa ustanovenia §6, ods. 3 AML zákona alebo je konečným užívateľom výhod podľa ustanovenia §6a AML zákona.

Odoslaním tohoto formulára potvrdzujem, že mnou uvedené informácie sú úplné a pravdivé, nezamlčal/a som žiadnu skutočnosť, ktorá by mohla mať vplyv na šetrenie udalosti a stanovenie výšky poistného plnenia.

V prípade, že pri elektronickom odoslaní formulára vzniknú pochybnosti ohľadom identifikácie odosielateľa tohto formulára, môže poisťiteľ požadovať doplnenie v písomnej listinnej forme. Zároveň je našou povinnosťou vás informovať, že elektronická komunikácia nemusí byť vždy úplne bezpečná.

Pokiaľ mi vznikne právo na poistné plnenie, žiadam o jeho poukázanie na vyššie uvedené bankové spojenie.

Súhlasím s tým, že poisťiteľ alebo poverený poskytovateľ zdravotníckeho zariadenia si môže pre účely šetrenia a likvidácie škodovej, respektíve poistnej udalosti a plnení práv a povinností z poistnej zmluvy vyžiadať od ktoréhokoľvek poskytovateľa zdravotných služieb informácie o mojom zdravotnom stave, vrátane lekárskeho správ a zdravotníckej dokumentácie, poisťiteľ je oprávnený vyžiadať si informácie od orgánov sociálneho zabezpečenia o mojom nemocenskom a dôchodkovom poistení, poisťiteľ je oprávnený vyžiadať si informácie od mojej zdravotnej poisťovne o službách hrazených z verejného poistenia, ktoré mi boli poskytnuté, to všetko v rozsahu nevyhnutnom pre riadne prešetrenie škodovej udalosti a výkon poisťovacej činnosti a zároveň všetky vyššie uvedené zbavujem mlčanlivosti o požadovaných skutočnostiach.

Beriem na vedomie, že poisťovňa je oprávnená podľa § 78 zákona č. 39/2015 Z. z. o poisťovníctve zisťovať, získavať, zaznamenávať, uchovávať, využívať a inak spracúvať osobné údaje klientov aj bez ich súhlasu, a to v rozsahu nevyhnutnom pri uzavretí poistnej zmluvy a správe poistenia. Za týmto účelom splnomocňujem BNP Paribas Cardif Poisťovňa, a. s., aby v mojom mene nadviazala kontakt s ošetrovateľmi, zdravotníckymi zariadeniami a Sociálnou poisťovňou a vyžiadala si od nich všetky potrebné informácie, týkajúce sa môjho zdravotného stavu.

V

dňa

Podpis oznamovateľa
(pokiaľ formulár tlačíte)

Za účelom mimosúdneho riešenia sporu v neživotnom poistení je možné sa obrátiť na Slovenskú obchodnú inšpekciu (www.soi.sk). Ďalšou možnosťou pro mimosúdne riešenie spotrebiteľských sporov v oblasti poistenia je aj Útvar ombudsmana Slovenskej asociácie poisťovní. Viac informácií nájdete na www.poisťovaciombudsman.sk. Podmienkou zahájenia postupu mimosúdneho riešenia sporu je skutočnosť, že sa sťažovateľovi nepodarilo vyriešiť spor priamo s poisťovňou.

Tento **vyplnený** formulár zašlite spoločne s vypísanými dokladmi na e-mail: cardifslovakia@cardif.com.

Pošlite (vždy iba kópiu - sken, či foto):

Vždy:

- **konečnú prepúšťacu správu z nemocničného zariadenia**
- **zdravotnú dokumentáciu o priebehu liečby**

Podľa vašej situácie pošlite prosím taktiež ďalšie potrebné doklady, ktoré máte na prvej stránke dokumentu.

Pokiaľ nám bude nejaký doklad chýbať, budeme si ho od vás musieť vyžiadať a šetrenie vašej udalosti sa tak zbytočne predĺži.