

OZNÁMENIE ŠKODOVEJ UDALOSTI – SMRŤ POISTENÉHO

Vaša strata nás veľmi mrzí a vynasnažíme sa urobiť maximum pre to, aby sme vám pomohli 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)
- ☐ **úmrtný list**
- ☐ **správu z úplne prvej návštevy u lekára vzťahujúcej sa k zdravotnému problému poisteného**
 - potrebujeme zistiť presný **dátum začiatku zdravotných komplikácií / úrazu**, ktoré spôsobili úmrtie poisteného
 - v prípade úmrtia následkom **úrazu** potrebujeme **správu z prvotného ošetrenia s popisom úrazového deja**

V prípade, že:

- | | |
|---|--|
| • poistený absolvoval vyšetrenie špecialistom | ☐ lekársku správu s výsledkom vyšetrenia / diagnózou |
| • poistený absolvoval zobrazovacie vyšetrenie | ☐ popis výsledku vyšetrenia |
| • poistený bol s chorobou/úrazom hospitalizovaný | ☐ prepúšťaciu správu z nemocničného zariadenia |
| • poistený podstúpil kvôli chorobe/úrazu operáciu | ☐ operačný protokol |
| • bola uskutočnená pitva | ☐ pitevný protokol |
| • udalosť vyšetrovala Polícia SR | ☐ protokol s výsledkom vyšetrovania |

Pošlite nám **aj ďalšie doklady, ktoré sú prípadne súčasťou zdravotnej dokumentácie** – môžu nám pomôcť pri posudzovaní vašej udalosti.

4. V prípade, že zdravotnú **dokumentáciu nemáte, požiadajte o ňu praktického lekára alebo špecialistu poisteného**, u ktorého sa s ochoreniami, ktoré súviseli s úmrtím, liečil. Stačí, keď si dokumentáciu vyfotíte mobilným telefónom a pošlete nám ju e-mailom. **Ak nám bude nejaký doklad chýbať, budeme si ho musieť vyžiadať od vás alebo od praktického či ošetrojúceho lekára poisteného a šetrenie udalosti sa tak zbytočne predlži.**
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 – SMRŤ POISTENÉHO

POISTENÝ

Poistený (meno a priezvisko):

Rodné číslo: / Dátum narodenia:

Štát narodenia: Štátna príslušnosť:

Číslo zmluvy (napr. číslo úverového účtu):

OZNAMOVATEĽ UDALOSTI

Údaje o oznamovateľovi udalosti

Meno a priezvisko oznamovateľa:

Telefón*: + E-mail*:

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

Kontaktná adresa oznamovateľa:

Ulica:

Súpisné číslo: Obec:

Štát: PSČ:

UDALOSŤ

Dátum úmrtia:

Uveďte prosím stručný popis udalosti:

Bola poistenému priznaná invalidita? ☐ Áno ☐ Nie od do

Bol poistenému priznaný starobný dôchodok? ☐ Áno ☐ Nie

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

Uveďte prosím meno a adresu notára povereného dedičským konaním:

ADRESA LEKÁRA

Kontakt na ošetrojúceho (praktického) lekára poisteného

Lekár (meno a priezvisko): Telefón:

Adresa ordinácie Ulica: Číslo súpisné:

Obec: PSČ:

Kontakt na špecialistu, ktorý riešil zdravotný problém poisteného súvisiaci s úmrtím

Lekár (meno a priezvisko): Telefón:
Adresa ordinácie Ulica: Číslo súpisné:
Obec: PSČ:

Údaje k vyplateniu prípadných nákladov spojených s udalosťou

Číslo účtu v tvare IBAN pre vyplatenie prípadných nákladov spojených s udalosťou:

☐ **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 pred financovaním terorizmu a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „AML zákon“). 1 PEP je fyzická osoba, ktorej je alebo 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.

Potvrdzujem, že som sa zoznámil/a s poistnou zmluvou uzatvorenou medzi BNP Paribas Cardif Poisťovňou, a. s. a poisťníkom, ktorou sa poistenie riadi, vrátane príslušných všeobecných poistných podmienok. Beriem na vedomie, že prípadné poistné plnenie bude poukázané pozostalej osobe určenej podľa poistnej zmluvy. Pokiaľ mi vznikne právo na poistné plnenie z poistnej udalosti smrti poisteného, žiadam o jeho poukázanie na vyššie uvedené bankové spojenie.

Som si vedomý/á toho, že v súvislosti s poistením a šetrením udalosti dochádza ku spracovaniu osobných údajov poisťiteľom pre účely výkonu poisťovacej činnosti, vrátane šetrenia škodovej udalosti a pre účely plnenia právnych povinností a naplnenia oprávnených záujmov svojich aj tretích osôb. Podrobné informácie o spracovaní osobných údajov, vrátane poučenia subjektu údajov o jeho právach, sú uvedené v Informácii o spracovaní osobných údajov, ktorá je zverejnená a ktorej vždy aktuálna platná verzia je uvedená na webovej stránke www.bnpparibascardif.sk, v sekcii **Osobné údaje**.

Odoslaním tohoto formulára prehlasujem, že som sa zoznámil/a s Informáciou o spracovaní osobných údajov.

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 Poisťovňu, a. s., aby v mojom mene nadviazala kontakt s ošetrovateľmi, zdravotníkmi, zariadeniami a Sociálnou poisťovňou a vyžiadala si od nich všetky potrebné informácie, týkajúce sa zdravotného stavu poisteného.

V dňa

Podpis oznamovateľa
(pokiaľ formulár tlačíte)



Za účelom mimosúdneho riešenia sporu v životnom poistení je možné sa obrátiť na finančného arbitra. Podmienkou zahájenia postupu mimosúdneho riešenia sporu je skutočnosť, že sa sťažovateľovi nepodarilo vyriešiť spor priamo s poisťovňou. Viac informácií nájdete na www.poisťovaciombudsman.sk.

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

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

Vždy:

- **úmrtný list**
- **správu z úplne prvej návštevy u lekára vzťahujúcu sa k zdravotnému problému poisteného**
 - potrebujeme zistiť **presný dátum začiatku** zdravotných ťažkostí / úrazu, ktoré spôsobili úmrtie poisteného
 - pri **úraze** potrebujeme **správu z prvotného ošetrenia s popisom úrazového deja**

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.