BNP PARIBAS CARDIF

OZNÁMENIE ŠKODOVEJ UDALOSTI – TRVALÁ INVALIDITA

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 posielať 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)
- ☐ **rozhodnutie o priznaní invalidného dôchodku vystavené Sociálnou poisťovňou**
- ☐ **odborný posudok o invalidite (lekárska správa Sociálnej poisťovne)**
- ☐ **správu z úplne prvej návštevy u lekára vzťahujúcej sa k zdravotnému problému poisteného**

  potrebujeme zistiť presný **dátum začiatku zdravotných ťažkostí / úrazu**, ktoré spôsobili vašu invaliditu

  v prípade invalidity následkom **úrazu** potrebujeme **správu z prvotného ošetrenia s popisom úrazového deja**

V prípade, že ste v súvislosti s hlásenou chorobou / úrazom:

- absolvovali vyšetrenie špecialistom
- absolvovali zobrazovacie vyšetrenie
- boli hospitalizovaný/ná
- podstúpili operáciu

- ☐ **lekársku správu s výsledkom vyšetrenia / diagnózou**
- ☐ **popis výsledku vyšetrenia** (napr. RTG, MRI, CT, SONO)
- ☐ **prepúšťaciu správu z nemocničného zariadenia**
- ☐ **operačný protokol**

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

4. V prípade, že zdravotnú **dokumentáciu nemáte, požiadajte o ňu 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

5. **Ak nám bude nejaký doklad chýbať, budeme si ho musieť vyžiadať od vás alebo od praktického či ošetrujúceho lekára a šetrenie udalosti sa tak zbytočne predĺži.**

6. **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**.

BNP PARIBAS CARDIF

OZNÁMENIE ŠKODOVEJ UDALOSTI – TRVALÁ INVALIDITA

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

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

S akou % mierou poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť vám bola priznaná invalidita?

Dátum vzniku udalosti:

Liečili ste sa s ochorením, príp. rovnakým úrazom, ktorý je dôvodom invalidity, už v minulosti?

☐ Áno ☐ Nie Kedy:

Bol vám v minulosti priznaný Invalidný dôchodok? ☐ Áno ☐ Nie od do

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

ADRESA LEKÁRA

Kontakt na ošetrujúceho (praktického) lekára

Lekár (meno a priezvisko): Telefón:

Adresa ordinácie: Ulica: Súpisné číslo:

Obec: PSČ:

ADRESA ŠPECIALISTU

Kontakt na špecialistu, ktorý riešil zdravotný problém, ktorý hlásite

Lekár (meno a priezvisko): Telefón:

Adresa ordinácie Ulica: Súpisné číslo:

Obec: PSČ:

BNP PARIBAS CARDIF

ÚČET

Údaje k prípadnej výplate poistného plnenia

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

PEP

☐ **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.

PREHLÁSENIE

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 poistiteľ 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 poistiteľ 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 lekárskych správ a zdravotníckej dokumentácie, poistiteľ je oprávnený vyžiadať si informácie od orgánov sociálneho zabezpečenia o mojom nemocenskom a dôchodkovom poistení, poistiteľ je oprávnený vyžiadať si informácie od mojej zdravotnej poisťovne o službách hradených 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 ošetrujúcimi lekármi, 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.poistovaciombudsman.sk. Podmienkou zahájenia postupu mimosúdneho riešenia sporu je skutočnosť, že sa sťažovateľovi nepodarilo vyriešiť spor priamo s poisťovňou.

POKYNY

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

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

- **rozhodnutie o priznaní invalidného dôchodku vystavené Sociálnou poisťovňou**
- **odborný posudok o invalidite (lekárska správa Sociálnej poisťovne)**
- **správu z úplne prvej návštevy u lekára vzťahujúcej sa k zdravotnému problému poisteného**
  - potrebujeme zistiť presný **dátum začiatku zdravotných ťažkostí / úrazu**, ktoré spôsobili vašu invaliditu
  - v prípade invalidity následkom **úrazu** potrebujeme **správu z prvotného ošetrenia s popisom úrazového deja**

Podľa vašej situácie pošlite prosím 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.