

**OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI
„HOSPITALIZÁCIA POISTENÉHO“**

Vyplňte prosím nižšie uvedené údaje:

Meno a priezvisko poisteného:

Rodné číslo poisteného:

Kontaktná adresa poisteného:

Tel. číslo poisteného:

Bankové spojenie pre príp. výplatu plnenia – číslo účtu poisteného (predčíslenie, účet, kód banky), názov banky:

Číslo poisťky v rámci ktorej je uzatvorené poistenie pre prípad hospitalizácie:

K hospitalizácii došlo v období (deň, mesiac, rok): od do

K hospitalizácii došlo v dôsledku: choroby úrazu (označte krížikom)

V prípade úrazu - kedy sa stal úraz (dátum aj hodina):

Ide o nový úraz áno nie

Ide o následky úrazu z minulosti nie áno - o aký úraz išlo, kedy sa stal

Stručný popis poistnej udalosti (za akých okolností k nej došlo, diagnóza):
.....
.....
.....

Došlo k poistnej udalosti vplyvom alkoholu, nesprávnych dávok liekov, či omamných látok? áno nie Akých

Súhlasím, aby mi akákoľvek korešpondencia, týkajúca sa tejto poistnej udalosti, bola zasielaná len elektronicky (e-mailom) áno nie a to na túto e-mailovú adresu

Prehlasujem, že mnou vyššie uvedené informácie sú úplné a pravdivé. Beriem na vedomie, že akýkoľvek môj neúplný alebo nepravdivý údaj môže mať za následok odmietnutie plnenia a následné odstúpenie od poistenia. Súhlasím so zisťovaním a preskúvaním skutočností týkajúcich sa zdravotného stavu (poisteného). Nedodanie nižšie uvedených dokladov môže mať za následok, že nebude možné šetrenie poistnej udalosti ukončiť.

Dátum:

Podpis poisteného:

Tento vyplnený formulár prosím zašlite na adresu Poist'ovne Cardif Slovakia, a.s. spolu s nasledujúcimi dokumentmi:

- kópia prepúšťacej lekárskej správy príslušného zdravotníckeho zariadenia (po skončení hospitalizácie)
- kópia potvrdenia o uzatvorení poistenia (poisťky) v rámci ktorej je uzatvorené poistenie pre prípad hospitalizácie
- meno a presná adresa a tel. číslo praktického lekára u ktorého je kompletná zdravotná karta

.....