

**OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI
HOSPITALIZÁCIA POISTENÉHO**

Označte krížikom a vyplňte nižšie uvedené údaje, týkajúce sa poistnej udalosti:

Názov spoločnosti, ktorá Vám poskytla finančný záväzok/kred.kartu (banka, leasing. spol. ...):

Číslo zmluvy / poistenia:

Meno a priezvisko, Rodné číslo poisteného:

Telefónne číslo poisteného:

Kontaktná adresa poisteného:

Dátum vzniku poistnej udalosti (k hospitalizácii došlo v období (deň, mesiac, rok): od do

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

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

Bola poistná udalosť vyšetrowaná políciou: nie áno názov, adresa vyšetrujúceho orgánu a číslo vyšetrovacieho spisu

Súhlasím, aby mi akákoľvek korešpondencia, týkajúca sa tejto poistnej udalosti, bola zasielaná len elektronicky (e-mailom) nie áno

a to na túto e-mailovú adresu

K hospitalizácii došlo v dôsledku: choroby úrazu

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

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

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 (poistky) v rámci ktorej je uzatvorené poistenie pre prípad hospitalizácie
- meno a presná adresa a tel. číslo praktického lekára u ktorého je kompletná zdravotná karta

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, poskytnutím a preskúmaním skutočností týkajúcich sa zdravotného stavu (poisteného). Nedodanie nižšie uvedených dokladov môže mať za následok, že nebude možné šetrenie poistnej udalosti ukončiť. Svojím podpisom zároveň dávam súhlas Poist'ovni Cardif Slovakia, a.s. 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)

Dátum:

Podpis poisteného:

POISŤOVŇA CARDIF SLOVAKIA, A.S.

BBC V., Plynárenská 7/C, 821 09 Bratislava , tel.: 421-2-5824 0011, fax: 421-2-5824 0019, <http://www.cardif.sk>, IČO: 36 53 49 78, IČDPH: SK2021475885 Zap. v OR OS Bratislava I, odd. Sa, vl. č. 2547/B,