

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 (dátum vystavenia záznamu o diagnostikovaní choroby resp. operácie (deň, mesiac, rok)):

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

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

Bola poistná udalosť vyšetrovaná políciou: nie áno názov, adresa vyšetrojúceho 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 dátumu PU ste boli: zam. verejného sektoru zam. neverejného sektoru samostatne podnikajúca osoba

nezamestnaná osoba nezamestnaná osoba v ochrannnej lehote

Jedná sa o kritickú chorobu: <input type="checkbox"/> infarkt myokardu <input type="checkbox"/> rakovina <input type="checkbox"/> náhla cievna mozgová príhoda <input type="checkbox"/> operácia koronárnych tepien (bypass) <input type="checkbox"/> chronické zlyhanie obličiek
Kritická choroba diagnostikovaná prvý krát (deň, mesiac, rok):
Kritická choroba diagnostikovaná lekárom (meno lekára, adresa zdravotníckeho zariadenia)
.....
Tento vyplnený formulár prosím zašlite na adresu Poist'ovne Cardif Slovakia spolu s nasledujúcimi dokladmi:
<ul style="list-style-type: none">■ kópiu lekárom vystaveného záznamu o stanovení príslušnej diagnózy■ kópiu dokladu "prepúšťacia správa" príslušného zdravotníckeho zariadenia (ak prišlo v súvislosti s kritickou chorobou k hospitalizácii)■ kópiu zmluvy v rámci ktorej poistený pristúpil k poisteniu spoločnosti Poist'ovňa Cardif Slovakia, a.s.■ meno, adresa a tel. číslo lekára, u ktorého je zdravotná karta poisteného
.....
meno, adresa a tel. číslo lekára, ktorý lieči poisteného
.....

Prehlasujem, že mnou poskytnuté informácie sú úplné a pravdivé. Beriem na vedomie, že akýkoľvek môj neúplný alebo nepravdivý údaj môže mať za následok odmietnutie plnenia a následný zánik poistenia. Ako poistený súhlasím so zisťovaním, poskytnutím a preskúmaním skutočností týkajúcich sa môjho zdravotného stavu. Som si vedomý, že nedodanie všetkých požadovaných 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 / kontaktnej osoby _____

Žiadame vyplniť aj „Informáciu o zdravotnom stave poisteného“ uvedenú na druhej strane formuláru.

Prosíme vyplniť praktického prípadne ošetrojúceho lekára poisteného v prípade kritickej choroby.

Lekár poisteného Špecializácia:
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia tel. číslo
Meno, priezvisko a rodné číslo pacienta (poisteného):

Výška poisteného..... cm Váha poisteného..... kg

Označte krížikom kritickú chorobu:

- infarkt myokardu
- rakovina
- náhla ciev. mozgová príhoda,
- operácia koronárnych tepien - bypass
- chronické zlyhanie obličiek)
- iná ako uvedená vyššie Aká:

I. Nahlásená udalosť v dôsledku choroby

a) Z dôvodu akého ochorenia je udalosť nahlásená ? Dg. kódom / slovne

.....
.....
.....

b) Kedy vzniklo ochorenie na základe ktorého je udalosť hlásená (kedy bolo prvýkrát diagnostikované,)?

Dg. _____ odkedy (deň, mesiac, rok) _____ Dg. _____ odkedy (deň, mesiac, rok) _____

V prípade bypassu, dátum chirurgicky vykonanej operácie koronárnych artérií : (deň, mesiac, rok) _____

c) Liečba, prípadné komplikácie a ďalšie významné diagnózy zistené počas trvania ochorenia hláseného ako poistná udalosť. V prípade viacerých diagnóz vypíšte jednotlivé diagnózy a rozmedzie ich trvania.

.....
.....
.....

d/ Pri diagnostikovaní náhlej cievnej mozgovej príhody alebo chronického zlyhanie obličiek - pretrvávali príznaky ochorenia aj po 90 dňoch od stanovenia pôvodnej diagnózy: áno nie

II. Zdravotný stav poisteného k dátumu začiatku poistenia, t.j. ku dňu _____

a) Ktoré iné choroby alebo poruchy zdravotného stavu mal/dodnes má poistený zistené? (napr. vysoký tlak, diabetes, obezita a iné). Kedy boli uvedené ochorenia prvýkrát zistené, diagnostikované, resp. doložené v dokumentácii ?

Dg. kódom / slovne _____ odkedy (deň, mesiac, rok) _____

Dg. kódom / slovne _____ odkedy (deň, mesiac, rok) _____

b) Uveďte práceneschopnosti poisteného spolu s diagnózami a dĺžkou trvania v období 2 rokov pred začiatkom poistenia.

PN dg. _____ od – do _____ PN dg. _____ od – do _____

PN dg. _____ od – do _____ PN dg. _____ od – do _____

III. Je poistený v invalidnom dôchodku alebo čaká na jeho priznanie? Odkedy?

Údaje o zdravotnom stave musia byť potvrdené praktickým lekárom poisteného, inak Poist'ovňa Cardif Slovakia, a.s. uvedené údaje nemôže uznať pre potreby šetrenia nahlásenej poistnej udalosti. Náklady za vystavenie potvrdenia lekárom hradí poistený resp. kontaktná osoba, poisť'ovňa daný doklad neprepláca.

Prehlasujem, že uvedené údaje sú pravdivé, úplné a zodpovedajú skutočnosti.

Dátum: _____

Podpis a pečiatka lekára 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,