

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 (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 vyšetřovaná políciou: nie áno názov, adresa vyšetřujúceho orgánu a číslo vyšetřovacieho 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

<p>Boli ste k dátumu vzniku pracovnej neschopnosti zamestnaný (á): <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> SZČO-názov:</p> <p><input type="checkbox"/> nezamestnaný/á v ochrannnej lehote <input type="checkbox"/> nezamestnaný/á - odkedy.....</p> <p>Zamestnávateľ: tel.č. zamestnávateľa:</p> <p>K poistnej udalosti došlo v dôsledku: <input type="checkbox"/> choroby <input type="checkbox"/> úrazu - kedy sa stal úraz (dátum aj hodina)</p> <p>Boli ste už v pracovnej neschopnosti z rovnakého dôvodu ako teraz: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno - uveďte prosím kedy (deň, mesiac, rok):</p> <p><i>V prípade, ak k poistnej udalosti došlo následkom úrazu:</i></p> <p>Ide o nový úraz <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie</p> <p>stručný popis úrazu:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Ide o následky úrazu z minulosti <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno - o aký úraz išlo, kedy sa stal</p> <p>.....</p> <p>K vyplnenému formuláru priložte:</p> <ul style="list-style-type: none">■ kópiu lekárom vystaveného dokladu "potvrdenie dočasnej pracovnej neschopnosti" so stanovením čísla diagnózy (1.časť)■ kópiu dokladu "prepúšťacia správa" príslušného zdravotníckeho zariadenia (ak prišlo k hospitalizácii)■ kópiu zmluvy v rámci ktorej ste pristúpili k poisteniu spoločnosti Poistovňa Cardif Slovakia, a.s.■ meno a presná adresa a tel. číslo Vášho praktického lekára u ktorého je kompletná zdravotná karta■ meno a presná adresa a tel. číslo lekára ktorý Vás lieči

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 následné odstúpenie od poistenia. Súhlasím so zisťovaním, poskytnutím a preskúmaním skutočností týkajúcich sa zdravotného stavu (poisteného). Som si vedomý, že nedodanie všetkých požadovaných dokladov môže mať za následok, že nebude možné šetrenie poistnej udalosti ukončiť. Svojím podpisom zároveň dávam súhlas Poistovni 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 _____

V prípade pracovnej neschopnosti z titulu CHOROBY VYPLNIŤ aj II. stranu

INFORMÁCIA O ZDRAVOTNOM STAVE POISTENÉHO

Prosíme vyplniť praktického príp. ošetrojúceho lekára poisteného v prípade pracovnej neschopnosti z titulu CHOROBY

Lekár poisteného Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia tel. číslo

Meno a priezvisko, rodné číslo poisteného:

Výška poisteného cm a váha poisteného kg

Odpoveď označte krížikom: vystavená PN áno nie
k dátumu PN zamestnaný/SZČO nezamestnaný v ochrannnej lehote nezamestnaný
číslo legitimácie
doba trvania PN od do PS od.....
stanovená /konečná diagnóza/.....Došlo k poistnej udalosti vplyvom alkoholu, nesprávnych dávok liekov či omamných látok? nie nie Akých .
..... %o**I. Nahlásená poistná udalosť (pracovná neschopnosť) v dôsledku choroby****a) Z titulu akého ochorenia je nahlásená poistná udalosť? Dg. kódom / slovne**
.....
.....
.....**b) Kedy vzniklo ochorenie nahlásené ako poistná udalosť (kedy bolo prvýkrát diagnostikované, resp. doložené v dokumentácii)?**

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

c) Liečba, prípadné komplikácie a ďalšie významné diagnózy počas predmetnej poistnej udalosti. V prípade viacerých diagnóz vypíšte jednotlivé dg. a rozmedzie ich trvania (počas PN)
.....
.....
.....
.....
.....**d) Odhad doby trvania pracovnej neschopnosti****II. Zdravotný stav poisteného k dátumu začiatku poistenia t.j. ku dňu _____****a) Ktoré iné choroby alebo poruchy zdravotného stavu poistený mal/dodnes má zistené? (napr. vysoký tlak, diabetes, srdcové choroby, obezita, prípadne štádium a iné). Kedy uvedené ochorenia začali (kedy boli prvýkrát zistené, diagnostikované, resp. doložené v dokumentácii)?**

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

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

b) Uveďte práceneschopnosti spolu s diagnózami a trvaním 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 overené a potvrdené praktickým lekárom poisteného, inak Poist'ovňa Cardif Slovakia, a.s. predmetné údaje nemôže uznať pre potreby šetrenia nahlásenej poistnej udalosti. Náklady za vystavenie predmetného potvrdenia lekárom hradí poistený resp. kontaktná osoba, poisťovňa daný doklad neprepláca.

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

Dátum: _____

Podpis a pečiatka lekára poisteného: _____