

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

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

Číslo zmluvy / poistenia:

Meno a priezvisko, Rodné číslo poisteného:

Telefónne číslo kontaktnej osoby:

Kontaktná adresa kontaktnej osoby:

Dátum vzniku poistnej udalosti (deň, mesiac, rok):

Bankové spojenie pre príp. výplatu plnenia - číslo účtu oprávnenej osoby (predčíslie, 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

Majiteľ k vyššie uvedenému účtu: Vzťah k poistenému:

K poistnej udalosti došlo v dôsledku: choroby úrazu

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

.....
.....

K vyplnenému formuláru priložte kópie:

- „Úmrtný list poisteného“,
- lekárom vyplnený doklad „List o prehliadke mŕtveho“,
- „pítevná správa“ (ak bola prevedená súdna pitva)
- zmluva v rámci ktorej poistený pristúpil k poisteniu spoločnosti Poisťovňa Cardif Slovakia, a.s.
- meno, adresa a telefónne číslo kontaktnej osoby – rodinný pomer k poistenému

.....
.....

- meno a presná adresa a tel. číslo praktického lekára poisteného u ktorého je kompletná zdravotná karta

.....
.....

- meno a presná adresa a tel. číslo lekára ktorý liečil 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 následné odstúpenie od poistenia. Súhlasím so zisťovaním, poskytnutím a preskúmaním skutočností týkajúcich sa zdravotného stavu poisteného. Nedodanie všetkých požadovaných dokladov môže mať za následok, že nebude možné šetrenie poistnej udalosti ukončiť.

Dátum _____

Podpis kontaktnej osoby _____

V prípade smrti z titulu CHOROBY VYPLNIŤ aj II. stranu

Prosíme vyplniť praktického príp. ošetrojúceho lekára poisteného v prípade smrti 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 (vyplniť posledný známy údaj)

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

I. Nahlásená poistná udalosť (smrť) 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 dátum diagnostikovania ochorenia

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

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

a) Ktoré iné choroby alebo poruchy zdravotného stavu poistený mal 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. Bol poistený v invalidnom dôchodku alebo čakal na jeho priznanie? Odkedy?

Údaje o zdravotnom stave musia byť overené a potvrdené praktickým lekárom poisteného, inak Poistovňa Cardif Slovakia, a.s. predmetné údaje nemôže uznať pre potreby šetrenia nahlásenej poistnej udalosti. Náklady za vystavenie predmetného potvrdenia lekárom hradí kontaktná osoba, poisťovňa daný doklad neprepláca.

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

Dátum: _____

Podpis a pečiatka lekára poisteného: _____