

OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI

pracovná neschopnosť, strata zamestnania

Označte krížikom a vyplňte nižšie uvedené údaje, týkajúce sa poistnej udalosti (ďalej aj „PU“), ktorú chcete nahlásiť:

Druh oznamovanej poistnej udalosti: pracovná neschopnosť

strata zamestnania

Názov spoločnosti, ktorá poskytla úver : **Slovenská sporiteľňa, a.s.**

Číslo úverovej zmluvy :

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

Číslo úverového účtu :

Meno a priezvisko poisteného:

Rodné číslo poisteného :

Kontaktná adresa poisteného:

Štátna príslušnosť poisteného:

Kontaktné údaje poisteného – telefónne číslo : e-mail : Číslo dokladu totožnosti:

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.....

Bankové spojenie pre príp. výplatu plnenia – číslo účtu poisteného (v tvare IBAN) a názov banky : – podpisom tohto tlačiva prehlasujem, že som majiteľom vyššie uvedeného účtu

Došlo k PU vplyvom alkoholu, liekov či omamných látok? nie áno, uveďte akých

Bola PU vyšetrovaná políciou: nie áno, uveďte názov, adresu vyšetrojúceho orgánu, číslo vyšetrovacieho spisu:

Vyplňte iba v prípade poistnej udalosti: **pracovná neschopnosť (ďalej len „PN“)**

K dátumu začiatku PN: samostatne podnikajúca osoba - názov:
 zamestnanec – uveďte zamestnávateľa a tel. kontakt:
 nezamestnaný – odkedy nezamestnaný v ochrannnej lehote

PN nastala v dôsledku: choroby úrazu - kedy došlo k úrazu (dátum, hodina, miesto)

Stručný popis úrazu resp. choroby:

Ide o následky úrazu alebo choroby z minulosti nie áno - aký(á), kedy sa stal

Bolí ste už v PN z rovnakého dôvodu ako teraz: nie áno - uveďte kedy (deň, mesiac, rok):

Meno, adresa a tel. číslo lekára, u ktorého je Vaša zdravotná karta.....

Meno, adresa a tel. číslo lekára, ktorý Vás lieči

K vyplnenému formuláru priložte:

- kópiu lekárom vystaveného dokladu "Potvrdenie dočasnej pracovnej neschopnosti" so stanovením čísla diagnózy (I. časť)
- kópiu dokladu "Prepúšťacia správa" príslušného zdravotníckeho zariadenia (iba ak prišlo k hospitalizácii)
- kópiu zmluvy v rámci, ktorej ste pristúpili k poisteniu Poistovne Cardif Slovakia, a.s. (úverovú zmluvu)

Vyplňte iba v prípade poistnej udalosti: **strata zamestnania a následná nezamestnanosť**

Dátum ukončenia prac. pomeru: Prac. pomer trval od: Dôvod ukončenia prac. pomeru:

Zamestnávateľ s ktorým došlo k skončeniu prac. pomeru: Kedy Vám bolo doručené rozviazanie pracovného pomeru:

Registrovaný na úrade práce, soc. vecí a rodiny (adresa): odo dňa:.....

K vyplnenému formuláru priložte:

- kópiu pracovnej zmluvy vrátane prípadného dodatku s uvedením zmeny pracovného pomeru na dobu neurčitú
- kópiu dokladu o skončení pracovného pomeru
- kópiu rozhodnutia z úradu práce, sociálnych vecí a rodiny o zaradení do evidencie uchádzačov o zamestnanie
- kópiu potvrdenia o zápočte rokov
- kópiu zmluvy v rámci, ktorej ste pristúpili k poisteniu Poistovne Cardif Slovakia, a.s. (úverovú zmluvu)

Beriem na vedomie, že poisťovňa je oprávnená podľa § 78 zákona č. 39/2015 Z.z. o poisťovníctve zisťovať, získavať, zaznamenávať, uchovávať, využívať a inak spracúvať osobné údaje klientov aj bez ich súhlasu, a to v rozsahu nevyhnutnom pri uzavretí poistnej zmluvy a správe poistenia. Ďalšie informácie ohľadne ochrany osobných údajov sa nachádzajú na internetovej stránke Poistovne Cardif Slovakia, a.s. v časti Ochrana osobných údajov v dokumente Informácia o ochrane osobných údajov.

Prehlasujem, že mnou poskytnuté údaje a informácie sú úplné a pravdivé. Beriem na vedomie, že akýkoľvek neúplný alebo nepravdivý údaj môže mať za následok odmietnutie plnenia a zánik poistenia. Neposkytnutie požadovaných dokladov môže mať za následok, že nebude možné poistnú udalosť ukončiť. Za týmto účelom splnomocňujem Poistovňu Cardif Slovakia, a.s., aby v mojom mene nadviazala kontakt s ošetrovateľmi, zdravotníkmi, zdravotníckymi zariadeniami a Sociálnou poisťovňou a vyžiadala si od nich všetky potrebné informácie, týkajúce sa môjho zdravotného stavu. Zároveň splnomocňujem Poistovňu Cardif Slovakia, a.s., aby v mojom mene vyžiadala od zamestnávateľov (súčasného i predchádzajúcich), príslušného úradu práce, sociálnych vecí a rodiny a Sociálnej poisťovne všetky potrebné informácie, týkajúce sa môjho pracovného pomeru.

Dátum vyplnenia:

Podpis poisteného / splnomocnenej osoby:

Dôležité upozornenia:

1. V prípade hlásenia akejkoľvek poistnej udalosti je k tomuto vyplnenému Oznámeniu poistnej udalosti **nevyhnutné priložiť** aj kópiu úverovej zmluvy, podpisom ktorej poistený pristúpil k poisteniu poskytovanému spoločnosťou Poistovňa Cardif Slovakia, a.s.
2. Vyplnením tohto Oznámenia poistnej udalosti a jeho zaslaním Poistovni Cardif Slovakia, a.s. **nezaniká povinnosť dlžníka platiť splátky úveru.**
3. V prípade pracovnej neschopnosti je nevyhnutné dať lekárovi vyplniť aj „Informáciu o zdravotnom stave poisteného“ uvedenú na druhej strane formuláru.

INFORMÁCIA O ZDRAVOTNOM STAVE POISTENÉHO

Prosíme vyplniť praktického, prípadne ošetrojúceho lekára poisteného v prípade pracovnej neschopnosti.

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 druh udalosti: - 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 udalosti vplyvom alkoholu, nesprávnych dávok liekov či omamných látok?
 nie áno - akých množstvo (napr. ‰)

I. Nahlásená udalosť v dôsledku choroby alebo úrazu

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

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

b) Kedy vzniklo ochorenie/úraz na základe ktorého je udalosť hlásená (kedy bolo prvýkrát diagnostikované, resp. doložené v dokumentácii)?

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

c) Ak ide o pracovnú neschopnosť, odhad doby jej trvania:

d) 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.

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

II. Zdravotný stav poisteného k dátumu začiatku poistenia (podpis úverovej zmluvy), t.j. ku dňu _____

a) Ktoré iné choroby alebo poruchy zdravotného stavu mal/dodnes má poistený zistené? (napr. vysoký tlak, diabetes, srdcové choroby, 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) Uvedte 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 _____

c) Bolo v súvislosti so zistenými ochoreniami, uvedenými v písm. a) alebo b) potrebné alebo odporúčené následné liečenie (napr. pravidelné kontroly, pravidelné užívanie liekov a pod.)?

nie áno - aké na akú dobu

III. Bol/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, poisťovňa daný doklad neprepláca.

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

Dátum: _____

Podpis a pečiatka lekára poisteného: _____