

OZNÁMENIE ŠKODOVEJ UDALOSTI – PRACOVNÁ NESCHOPNOSŤ

Teší nás, že máte poistenie práve u nás a veríme, že vám pomôžeme zvládnuť vašu neľahkú situáciu.

Pripravili sme súhrn najdôležitejších bodov, vďaka ktorým môžeme vašu udalosť vybaviť čo najrýchlejšie. Prosíme venujte im pozornosť.

1. Nasledujúci **formulár vyplňte elektronicky**.
2. **Nezabudnite uviesť váš e-mail a telefón**, potrebujeme ich k tomu, aby sme vám mohli poselať aj zabezpečenú komunikáciu a vy nebudete musieť chodiť na poštu. **Naša komunikácia vďaka tomu bude čo najrýchlejšia.**
3. Pro vybavenie udalosti **potrebujeme nasledujúce doklady** (iba kópiu, sken či foto):

Vždy:

- vyplnený formulár **Oznámenie škodovej udalosti** (nižšie)
- potvrdenie o trvaní a prípadne ukončení pracovnej neschopnosti**
- správu z úplne prvej návštevy u lekára vzťahujúcu sa k vášmu zdravotnému problému**
 - potrebujeme zistiť presný dátum začiatku vašich zdravotných komplikácií / úrazu
 - pri úraze potrebujeme správu z prvotného ošetrenia s popisom úrazového deja

V prípade, že:

- | | |
|---|--|
| • vás vyšetroval špecialista | <input type="checkbox"/> lekársku správu s výsledkom vyšetrenia / diagnózou |
| • ste absolvovali zobrazovacie vyšetrenie | <input type="checkbox"/> popis výsledku vyšetrenia |
| • ste boli hospitalizovaný/á | <input type="checkbox"/> prepúšťaciu správu z nemocničného zariadenia |
| • ste podstúpili operáciu | <input type="checkbox"/> operačný protokol |
| • udalosť vyšetrovala polícia SR | <input type="checkbox"/> protokol s výsledkom vyšetrenia polície SR |
| • došlo k pracovnému úrazu | <input type="checkbox"/> záznam o úraze od zamestnávateľa |

Pošlite nám aj **ďalšie doklady a lekárske správy z minulosti**, ktoré máte v zdravotnej dokumentácii k tomuto ochoreniu alebo úrazu – môžu nám pomôcť pri posudzovaní vašej udalosti

4. V prípade, že zdravotnú **dokumentáciu nemáte, požiadajte o ňu svojho praktického lekára alebo špecialistu**, u ktorého ste sa s hlásenými ochoreniami liečili. Ak nám bude niektorý doklad chýbať, budeme si ho od vás musieť vyžiadať a šetrenie vašej udalosti sa tak zbytočne predĺži.
5. **Všetky potrebné doklady pošlite naraz na e-mail: cardifslovakia@cardif.com.**
Zaslaním všetkých **dokladov spoločne e-mailom urýchlite riešenie** vašej udalosti.

Na **našom webe** nájdete ďalšiu možnosť ako nahlásiť udalosť a pokiaľ máte nejaké otázky, ozvite sa nám na naše **Klientske centrum**.

OZNÁMENIE ŠKODOVEJ UDALOSTI – PRACOVNÁ NESCHOPNOSŤ

POISTENÝ

Poistený (meno a priezvisko): Rodné číslo: / Dátum narodenia: Štát narodenia: Štátna príslušnosť: Číslo zmluvy (napr. číslo úverového účtu): Telefón*: + E-mail*:

*v prípade uvedenia súhlasíte s použitím tohto údaju pre komunikáciu týkajúcu sa tejto udalosti

ADRESA

Adresa trvalého pobytu:Ulica: Súpisné číslo: Obec: Štát: PSČ: **Korešpondenčná adresa, pokiaľ je odlišná od trvalej:**Ulica: Súpisné číslo: Obec: Štát: PSČ:

UDALOSŤ

Údaje k udalostiK pracovnej neschopnosti došlo v dôsledku: Choroby ÚrazuDátum vzniku udalosti:

Boli ste k dátumu vzniku pracovnej neschopnosti zamestnaný/á?

 Zamestnaný/á SZČO Nezamestnaný/á v ochrannnej lehote Nezamestnaný/á od: Názov zamestnávateľa alebo SZČO:

Popíšte prosím detailne vaše ochorenie/úraz:

Liečili ste sa s týmto ochorením, prípadne rovnakým úrazom, už v minulosti? Áno Nie Kedy: Ste, príp. bola vám priznaná invalidita? Áno Nie od do Stupeň: Ste v starobnom dôchodku? Áno Nie od Vyšetruvala udalosť polícia SR? Pokiaľ áno, uveďte, prosím, adresu:

ADRESA LEKÁRA

Kontakt na ošetrojúceho (praktického) lekáraLekár (meno a priezvisko): Telefón: Adresa ordinácie: Ulica: Súpisné č.: Obec: PSČ:

ADRESA ŠPECIALISTU

Kontakt na špecialistu, ktorý riešil zdravotný problém, ktorý hlásiteLekár (meno a priezvisko): Telefón: Adresa ordinácie: Ulica: Súpisné č.: Obec: PSČ:

ÚČET

Údaje k prípadnej výplate poistného plnenia

Číslo účtu v tvare IBAN pro prípadnú výplatu poistného plnenia a preplatenie nákladov poisteného:

PEP

 Označte iba v prípade, že:

som politicky exponovanou osobou (PEP)¹, podľa zákona č. 297/2008 o ochrane pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti a o ochrane pred financovaním terorizmu a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „AML zákon“). 1 PEP je fyzická osoba, ktorej je alebo bola zverená významná verejná funkcia, prípadne je k PEP blízkou osobou podľa ustanovenia §6, ods. 3 AML zákona alebo je konečným užívateľom výhod podľa ustanovenia §6a AML zákona.

Odoslaním tohto formulára potvrdzujem, že mnou uvedené informácie sú úplné a pravdivé, nezamlčal/a som žiadnu skutočnosť, ktorá by mohla mať vplyv na šetrenie udalosti a stanovenie výšky poistného plnenia.

V prípade, že pri elektronickom odoslaní formulára vzniknú pochybnosti ohľadom identifikácie odosielateľa tohto formulára, môže poisťiteľ požadovať doplnenie v písomnej listinnej forme. Zároveň je našou povinnosťou vás informovať, že elektronická komunikácia nemusí byť vždy úplne bezpečná.

Pokiaľ mi vznikne právo na poistné plnenie, žiadam o jeho poukázanie na vyššie uvedené bankové spojenie.

Súhlasím s tým, aby poisťiteľ zisťoval údaje o mojom nemocenskom a dôchodkovom poistení, a zbavujem orgány štátnej správy povinnosti zachovávať o týchto údajoch mlčanlivosť.

PREHLÁSENIE

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. Za týmto účelom splnomocňujem BNP Paribas Cardif Poisťovňa, a. s., aby v mojom mene nadviazala kontakt s ošetrovateľmi, zdravotníckymi zariadeniami a Sociálnou poisťovňou a vyžiadala si od nich všetky potrebné informácie, týkajúce sa môjho zdravotného stavu

V dňa Podpis oznamovateľa
(pokiaľ formulár tlačíte)

Za účelom mimosúdneho riešenia sporu v neživotnom poistení je možné sa obrátiť na Slovenskú obchodnú inšpekciu (www.soi.sk). Ďalšou možnosťou pro mimosúdne riešenie spotrebiteľských sporov v oblasti neživotného poistenia je aj Útvar ombudsmana Slovenskej asociácie poisťovní. Viac informácií nájdete na www.poisťovaciombudsman.sk. Podmienkou zahájenia postupu mimosúdneho riešenia sporu je skutočnosť, že sa sťažovateľovi nepodarilo vyriešiť spor priamo s poisťovňou.

POKYNY

Tento **vyplnený** formulár zašlite spoločne s vypísanými dokladmi na e-mail: cardifslovakia@cardif.com.

Pošlite (vždy iba kópiu - sken, či foto):

Vždy:

- **potvrdenie o trvaní** a prípadne **ukončení pracovnej neschopnosti**
- **správu z úplne prvej návštevy u lekára** vzťahujúcu sa k Vášmu zdravotnému problému (výpoveď z pracovného pomeru),
 - potrebujeme zistiť **presný dátum začiatku** Vašich zdravotných komplikácií / úrazu
 - pri **úraze** potrebujeme správu z **prvotného ošetrenia** s popisom úrazového deja

Ak nám bude niektorý doklad chýbať, budeme si ho od vás musieť vyžiadať a šetrenie vašej udalosti sa tak zbytočne predĺži.