

## OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI ÚRAZOVÁ HOSPITALIZÁCIA A REKONVALESCENCIA POISTENÉHO

**Označte krížikom a vyplňte nižšie uvedené údaje, týkajúce sa poistnej udalosti, ktorú chcete nahlásiť**

Názov spoločnosti, ktorá Vám poskytla finančný záväzok/kred.kartu (banka, leasing. spol. ....):.....  
Dátum vzniku poistnej udalosti (deň, mesiac, rok):..... Číslo úveru / poistenia: .....

Meno a priezvisko:..... Rodné číslo poisteného: .....

Kontaktná adresa poisteného:..... Štátna príslušnosť poisteného:.....  
Telefónne číslo poisteného..... Číslo dokladu totožnosti .....

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.

### Popis poistnej udalosti

Dátum začiatku hospitalizácie (deň, mesiac, rok):..... Dátum ukončenia hospitalizácie (deň, mesiac, rok): .....

K hospitalizácii došlo v dôsledku:  choroby  úrazu – kedy došlo k úrazu (dátum, hodina, miesto): .....

Odporučil resp. rozhodol o hospitalizácii lekár?  nie  áno – kedy (dátum):..... diagnóza: .....

V prípade úrazu stručný popis ako k nemu došlo a okolnosti rozhodnutia o hospitalizácii:.....

.....

.....

Došlo k úrazu vplyvom alkoholu, liekov či omamných látok?  nie  áno - akých príp. koľko: .....

Boli okolnosti vzniku úrazu vyšetované políciou?  áno – uveďte názov, adresu vyšetrujúceho orgánu a číslo vyšetrovacieho spisu: .....

.....

Boli Vám v priebehu hospitalizácie zistené i iné ochorenia resp. následky iných úrazov a ochorení?  nie  áno – aké? .....

.....

Pokračovala Vaša pracovná neschopnosť neprerušene i po ukončení hospitalizácie?  nie  áno

Nasledujúce údaje vyplňte iba v prípade, že Vaša pracovná neschopnosť (ďalej iba „PN“) pokračovala i po ukončení hospitalizácie

Pokračovala Vaša PN z dôvodu, pre ktorý ste boli hospitalizovaný(á)?  áno  nie – uveďte diagnózu a dôvod: .....

.....

Začiatok domáceho liečenia (dátum):..... Bola už PN ukončená?  nie, trvá  áno, dňa (dátum): .....

Boli Vám v priebehu PN po ukončení hospitalizácie zistené i iné ochorenia resp. prejavili sa následky iných úrazov a ochorení?  áno – aké?

.....

Meno, presná adresa a tel. číslo praktického lekára u ktorého je Vaša kompletná zdravotná karta: .....

.....

### **Toto vyplnené Oznámenie poistnej udalosti prosím zašlite na adresu BNP Paribas Cardif Poist'ovňa, a. s., spolu s nasledujúcimi dokladmi:**

- kópia prepúšťacej lekárskej správy príslušného zdravotníckeho zariadenia s uvedením počtu dní hospitalizácie (po skončení hospitalizácie)
- kópia lekárskej správy potvrdzujúca povahu a rozsah telesných poškodení a poskytujúca presnú diagnózu
- kópiu lekárom alebo zdravotníckym zariadením vystaveného potvrdenia o pracovnej neschopnosti so stanovením príslušného čísla diagnózy.
- kópia Poistky potvrdzujúcej uzatvorenie doplnkového zdravotného poistenia

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 BNP Paribas Cardif Poist'ovňa, 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 BNP Paribas Cardif Poist'ovňa, a. s., aby v mojom mene nadviazala kontakt s ošetrojúcimi lekármi, zdravotníckymi zariadeniami a Sociálnou poisťovňou a vyžiadala si od nich všetky potrebné informácie, týkajúce sa môjho zdravotného stavu.

Dátum .....

Podpis poisteného: .....