

## 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 .....

Boli 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 BNP Paribas Cardif Poist'ovňa, 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 BNP Paribas Cardif Poist'ovňa, 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 BNP Paribas Cardif Poist'ovňa, a. s. v časti Ochrana osobných údajov v dokumente Oznámenie 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. Zároveň splnomocňujem BNP Paribas Cardif Poist'ovňa, a. s., aby v mojom mene vyžiadala od zamestnávateľov (súčasných 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 BNP Paribas Cardif Poist'ovňa, a. s.
2. Vyplnením tohto Oznámenia poistnej udalosti a jeho zaslaním BNP Paribas Cardif Poist'ovňa, 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

Poplatok za vyhotovenie správy o zdravotnom stave lekárom hradí poistená osoba alebo pozostalí. Poist'ovňa uhradí na bankový účet náklady na vyhotovenie správy o zdravotnom stave do výšky 7,00 EUR na základe pokladničného dokladu.

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 ochranej 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) Uveďte 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 BNP Paribas Cardif Poist'ovňa, a. s. uvedené údaje nemôže uznať pre potreby šetrenia nahlásenej poistnej udalosti. Prehlasujem, že uvedené údaje sú pravdivé, úplné a zodpovedajú skutočnosti.

Dátum: \_\_\_\_\_

Podpis a pečiatka lekára poisteného: \_\_\_\_\_