

**OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI  
HOSPITALIZÁCIA POISTENÉHO**

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

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

Číslo úveru / poistenia: .....

Meno a priezvisko: .....

Rodné číslo poisteného: .....

Telefónne číslo poisteného: .....

Kontaktná adresa poisteného: .....

Štátna príslušnosť: .....

Číslo dokladu totožnosti: .....

Dátum vzniku poistnej udalosti (k hospitalizácii došlo v období (deň, mesiac, rok): od ..... do .....

Bankové spojenie pre príp. výplatu plnenia - číslo účtu poisteného v tvare IBAN názov banky: .....

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

Bola poistná udalosť vyšetovaná políciou:  nie  áno názov, adresa vyšetrujúceho 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 .....

K hospitalizácii došlo v dôsledku: choroby  úrazu

V prípade úrazu - kedy sa stal úraz (dátum aj hodina): .....

Ide o nový úraz  áno  nie

Ide o následky úrazu z minulosti  nie  áno - o aký úraz išlo, kedy sa stal .....

Popis poistnej udalosti (za akých okolností k nej došlo, diagnóza):

**Tento vyplnený formulár prosím zašlite na adresu BNP Paribas Cardif Poist'ovňa, a. s. spolu s nasledujúcimi dokumentmi:**

- kópia prepúšťacej lekárskej správy príslušného zdravotníckeho zariadenia (po skončení hospitalizácie)
- kópia potvrdenia o uzatvorení poistenia (poistky) v rámci ktorej je uzatvorené poistenie pre prípad hospitalizácie
- meno a presná adresa a tel. číslo praktického lekára u ktorého je kompletná zdravotná karta

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.

Dátum: .....

Podpis poisteného: .....