

OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI TRVALÁ INVALIDITA POISTENÉHO

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

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

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

Bola poistná udalosť vyšetrovaná políciou: nie áno názov, adresa vyšetrojúceho orgánu a číslo vyšetrovacieho spisu

Súhlasím, aby mi akákoľvek korešpondencia, týkajúca sa tejto poistnej udalosti, bola zasielaná len elektronicky (e-mailom) áno nie

a to na túto e-mailovú adresu

K poistnej udalosti došlo v dôsledku: choroby úrazu

Stručný popis poistnej udalosti (za akých okolností k nej došlo):

K vyplnenému formuláru priložte kópie:

- „Rozhodnutia o priznaní invalidného dôchodku“ poistenému vystaveného Sociálnou poisťovňou
- lekárskej správy Sociálnej poisťovne, na základe ktorej bol priznaný invalidný dôchodok (zápisnica a odborný posudok o invalidite),
- meno, adresa a telefónne číslo kontaktnej osoby – rodinný pomer k poistenému
- meno a presná adresa a tel. číslo praktického lekára poisteného u ktorého je kompletná zdravotná karta
- meno a presná adresa a tel. číslo lekára ktorý liečil poisteného

Vyplňte 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

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 Poisťovňa, a. s. v časti Praktické informácie, v sekcii 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 Poisťovňa, 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 / kontaktnej osoby _____

Dôležité upozornenia:

1. V prípade hlásenia akejkoľvek poistnej udalosti si poisťovňa môže od poistenej osoby vyžiadať k tomuto vyplnenému Oznámeniu poistnej udalosti aj kópiu úverovej zmluvy, podpisom ktorej poistený pristúpil k poisteniu poskytovanému spoločnosťou BNP Paribas Cardif Poisťovňa, a. s.
2. Vyplnením tohto Oznámenia poistnej udalosti a jeho zaslaním BNP Paribas Cardif Poisťovňa, a. s. nezaniká povinnosť dlžníka platiť splátky úveru.

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 príp. ošetrojúceho lekára poisteného v prípade trvalej invalidity z titulu choroby alebo úrazu

Lekár poisteného Špecializácia:
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia tel. číslo
Meno, priezvisko a rodné číslo pacienta (poisteného):
Výška poisteného..... cm Váha poisteného..... kg

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) Liečba, prípadné komplikácie a ďalšie významné diagnózy zistené počas trvania ochorenia/úrazu hláseného ako poistná udalosť. V prípade viacerých diagnóz vypíšte jednotlivé diagnózy a rozmedzie ich trvania.

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

II. Zdravotný stav poisteného k dátumu začiatku poistenia (k dátumu podpisu 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 chronickými ochoreniami, uvedenými v písm. a) alebo b) potrebné alebo odporúčené následné liečenie (napr. pravidelné kontroly, pravidelné užívanie liekov a pod.)?

nie áno - aké odkedy..... 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: _____