

Zvolenú možnosť označte krížikom a vyplňte nižšie uvedené údaje, týkajúce sa škodovej udalosti (ďalej aj „ŠU“), ktorú chcete nahlásiť:

Druh oznamovanej škodovej udalosti: pracovná neschopnosť strata zamestnania

Názov spoločnosti, ktorá Vám poskytla finančný záväzok / kred. kartu (banka, leasing. spol.):
Dátum vzniku škodovej udalosti (deň, mesiac, rok): Číslo úveru / poistenia :
Meno a priezvisko: Rodné číslo poisteného :
Kontaktná adresa poisteného: Dátum narodenia (v prípade, že nebolo pridelené r.č.):
Štátna príslušnosť poisteného: Telefónne číslo poisteného:
Štát narodenia poisteného:
Ak žiadate úhradu poplatku 7 EUR za vyhotovenie lekárskej správy, uveďte bankové spojenie - číslo účtu poisteného (v tvare IBAN) a názov banky
..... - podpisom tohto tlačiva prehlasujem, že som majiteľom vyššie uvedeného účtu.

Súhlasím, aby mi akákoľvek korešpondencia, týkajúca sa tejto škodovej udalosti, bola zasielaná len elektronicky (e-mailom) nie áno
a to na túto e-mailovú adresu:

Vyplňte iba v prípade škodovej udalosti: pracovná neschopnosť (ďalej len „PN“)

K dátumu vzniku pracovnej neschopnosti ste boli: <input type="checkbox"/> zamestnanec <input type="checkbox"/> SZČO-názov:..... <input type="checkbox"/> nezamestnaný/á v ochrannnej lehote <input type="checkbox"/> nezamestnaný/á – odkedy
Zamestnávateľ: tel. č. zamestnávateľa:.....
K ŠU došlo v dôsledku: <input type="checkbox"/> choroby <input type="checkbox"/> úrazu - Kedy sa stal úraz? (dátum, hodina):.....
Boli ste už v PN z rovnakého dôvodu ako teraz?: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno - uveďte kedy (deň, mesiac, rok):.....
V prípade, ak k ŠU došlo následkom úrazu:.....
Ide o nový úraz? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Stručný popis úrazu:.....
Ide o následky úrazu z minulosti? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno – o aký úraz išlo, kedy sa stal
Došlo k ŠU vplyvom alkoholu, nesprávnych dávok liekov či omamných látok? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno Akých
Bola ŠU vyšetrovaná políciou?: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno, názov, adresu vyšetrojúceho orgánu, číslo vyšetrovacieho spisu:
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 (v prípade hospitalizácie)
■ meno, presná adresa a tel. číslo Vášho praktického lekára u ktorého je kompletná zdravotná karta.....
■ meno, adresa a tel. číslo lekára, ktorý Vás lieči

Vyplňte iba v prípade škodovej udalosti: strata zamestnania a následná nezamestnanosť

Dátum skončenia pracovného pomeru:
Dátum doručenia písomnosti o skončení pracovného pomeru (deň, mesiac, rok):
Adresa, tel. č. a názov zamestnávateľa, u ktorého došlo ku skončeniu pracovného pomeru:
Dôvod skončenia pracovného pomeru:.....
Údaje o úrade práce, sociálnych vecí a rodiny (adresa a od ktorého dátumu (deň, mesiac, rok) ste registrovaný(á) na úrade práce ako evidovaný(á) nezamestnaný(á) – ste vedený(á) v evidencii uchádzačov o zamestnanie):
K vyplnenému formuláru priložte:
■ kópiu pracovnej zmluvy vrátane prípadného dodatku s uvedením zmeny trvania pracovného pomeru
■ doklad o skončení pracovného pomeru
■ kópiu rozhodnutia z úradu práce, sociálnych vecí a rodiny, že ste bol (-a) zaregistrovaný(á) do evidencie nezamestnaných (uchádzačov o zamestnanie)

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 poisťovnej zmluvy a správe poistenia. Ďalšie informácie ohľadne ochrany osobných údajov sa nachádzajú na internetovej stránke BNP Paribas Cardif Poisťovňa, a.s. (ďalej len ako „Poisťovňa“) 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 Poisťovňu, 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 Poisťovňu, aby v mojom mene vyžiadala od zamestnávateľov (súčasného i predchádzajúcich), príslušného úradu práce, sociálnych vecí a rodiny a Sociálnej poisťovne všetky potrebné informácie, týkajúce sa môjho pracovného pomeru.

Dátum vyplnenia:

Podpis poisteného:

Dôležité upozornenia:

1. V prípade hlásenia akejkoľvek škodovej udalosti si Poisťovňa môže od poistenej osoby vyžiadať aj kópiu úverovej zmluvy, podpisom ktorej poistený pristúpil k poisteniu.
2. Vyplnením Oznámenia škodovej udalosti a jeho Poisťovní 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 preplatí náklady do výšky 7,00 EUR na základe pokladničného bloku.

Vyplní praktický, prípadne ošetrojúci lekár poisteného v prípade pracovnej neschopnosti z titulu choroby alebo úrazu.

Meno a priezvisko lekára 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 začiatku PN je poistený zamestnaný/SZČO nezamestnaný v ochrannnej lehote nezamestnaný
- číslo legitimácie PN

- doba trvania PN od do schopný práce od.....

- stanovená / konečná diagnóza/.....

Došlo k udalosti pod 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 hláseného ako poistná udalosť. V prípade viacerých diagnóz vypíšte jednotlivé diagnózy a obdobie 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) Uved'te práceneschopnosti poisteného v období 2 rokov pred začiatkom poistenia (diagnóza, dĺžka trvania).

PN dg. _____ od – do _____ PN dg. _____ od – do _____

PN dg. _____ od – do _____ PN dg. _____ od – do _____

c) Bolo v súvislosti so zistenými ochoreniami, uvedenými pod písm. a) alebo b) potrebné alebo poistenému odporúčané 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 škodovej udalosti. Náklady za vystavenie potvrdenia lekárom hradí poistený resp. kontaktná osoba, poisťovňa daný doklad neprepláca.

Prehlasujem, že uvedené údaje sú pravdivé, úplné a zodpovedajú skutočnosti.

Dátum: _____

Podpis a pečiatka lekára poisteného: _____