

OZNÁMENIE ŠKODOVEJ UDALOSTI – ÁKUTNY CHIRURGICKÝ ZÁKROK

Teší nás, že máte poistenie práve u nás a veríme, že vám pomôžeme zvládnuť vašu neľahkú situáciu.

Spísali sme súhrn najdôležitejších bodov, vďaka ktorým môžeme vašu udalosť vyriešiť čo najrýchlejšie.
Prosím venujte im pozornosť.

1. Nasledujúci **formulár vyplňte elektronicky**.
2. **Nezabudnite uviesť váš e-mail a telefón**, potrebujeme ich k tomu, aby sme vám mohli poselať aj zabezpečenú komunikáciu a vy nebudete musieť chodiť na poštu. **Naša komunikácia bude vďaka tomu čo najrýchlejšia**.
3. Pre vyriešenie udalosti **potrebujeme nasledujúce doklady** (vždy iba kópiu - sken, či foto):

Vždy:

- vyplnený formulár **Oznámenie škodovej udalosti** (nižšie)
- lekársku správu potvrdzujúca diagnostikované dôvody vykonania chirurgického zákroku a spôsob jeho vykonania**
- poistku potvrdzujúcej uzatvorenie doplnkového zdravotného poistenia**

V prípade, že:

- došlo k hospitalizácii **prepúšťaciu správu z príslušného nemocničného zariadenia**

4. V prípade, že zdravotnú **dokumentáciu nemáte, požiadajte o ňu zdravotnícke zariadenie, kde ste boli hospitalizovaný/á, svojho praktického lekára alebo špecialistu**, u ktorého ste sa s hlásenými ťažkosťami liečili. Stačí, keď si dokumentáciu vyfotíte mobilným telefónom a pošlete nám ju e-mailom. **Pokiaľ nám bude nejaký doklad chýbať, budeme si ho od vás musieť vyžiadať a šetrenie vašej udalosti sa tak zbytočne predlži.**
 5. **Všetky potrebné doklady pošlite spolu na e-mail: cardifslovakia@cardif.com.**
Zaslaním všetkých **dokladov spolu e-mailom urýchlíte riešenie udalosti.**
- Na **našom webe** nájdete ďalšie možnosti, ako nahlásiť udalosť a pokiaľ máte nejaké otázky, ozvite sa nám na naše **Klientske centrum**.

OZNÁMENIE ŠKODOVEJ UDALOSTI – ÁKUTNY CHIRURGICKÝ ZÁKROK

POISTENÝ

Poistený (meno a priezvisko):

Rodné číslo: / Dátum narodenia:

Štát narodenia: Štátna príslušnosť:

Číslo zmluvy (napr. číslo úverového účtu):

Telefón*: + E-mail*:

* v prípade uvedenia súhlasíte s použitím tohoto údaje pre komunikáciu týkajúcu sa tejto udalosti

ADRESA

Adresa trvalého pobytu:

Ulica:

Súpisné číslo: Obec:

Štát: PSČ:

Korešpondenčná adresa, pokiaľ je odlišná od trvalej:

Ulica:

Súpisné číslo: Obec:

Štát: PSČ:

UDALOSŤ

Údaje k udalosti

Dátum rozhodnutia o výkone chirurg. zákroku: Dátum výkonu chirurg. zákroku:

Chirurgický zákrok bol: vyžiadaný poisteným odporúčaný lekárom vyhodnotený lekárom ako nevyhnutný

Dôvod pre výkon zákroku:

Spôsob výkonu zákroku:

Stručný popis okolností, ktoré viedli k rozhodnutiu o vykonaní chirurgického zákroku:

Medicínsky dôvod výkonu chirurg. zákroku *): Kód *):

*)Uveďte typ úrazu/ochorenia a kód zo Zoznamu dôvodov akútnych chirurgických zákrokov, ktorý je prílohou Všeobecných poisťných podmienok a ktorý je k dispozícii aj na odkazu [tu](#)

Bolo poškodenie alebo zhoršenie zdravotného stavu, ktoré vyžadovalo výkon chirurgického zákroku, spôsobene vplyvom alkoholu, liekov či omamných látok?

Nie Áno – akých príp. koľko:

Boli okolnosti poškodenia zdravotného stavu, vyžadujúceho výkon chirurgického zákroku, vyšetrované políciou?

Nie Áno - uveďte názov, adresu vyšetrujúceho orgánu a číslo vyšetrovacieho spisu:

Údaje o hospitalizácii, počas ktorej bol chirurgický zákrok vykonaný

- K hospitalizácii: nedošlo (ambulantný zákrok, jednoduchá chirurgia a pod.)
 došlo v súvislosti s dôvodom, pre ktorý bol vykonaný chirurgický zákrok
 z iného dôvodu ako ten, pre ktorý bol vykonaný chirurgický zákrok – akého:

Dátum začiatku hospitalizácie: Dátum ukončenia hospitalizácie:

Kontakt na ošetrojúceho (praktického) lekára, u ktorého je vaša kompletná zdravotná karta

Lekár (meno a priezvisko): Telefón:

Adresa ordinácie: Ulica: Súpisné číslo:

Obec: PSČ:

Údaje k prípadnej výplate poistného plnenia

Číslo účtu v tvare IBAN pre prípadnú výplatu poistného plnenia a preplatenia nákladov poisteného:

Odoslaním tohoto formulára potvrdzujem, že mnou uvedené informácie sú úplné a pravdivé, nezamĺčal/a som žiadnu skutočnosť, ktorá by mohla mať vplyv na šetrenie udalosti a stanovenie výšky poistného plnenia.

V prípade, že pri elektronickom odoslaní formulára vzniknú pochybnosti ohľadom identifikácie odosielateľa tohto formulára, môže poisťiteľ požadovať doplnenie v písomnej listinnej forme. Zároveň je našou povinnosťou vás informovať, že elektronická komunikácia nemusí byť vždy úplne bezpečná.

Pokiaľ mi vznikne právo na poistné plnenie, žiadam o jeho poukázanie na vyššie uvedené bankové spojenie.

Súhlasím s tým, že poisťiteľ alebo poverený poskytovateľ zdravotníckeho zariadenia si môže pre účely šetrenia a likvidácie škodovej, respektíve poistnej udalosti a plnení práv a povinností z poistnej zmluvy vyžiadať od ktoréhokoľvek poskytovateľa zdravotných služieb informácie o mojom zdravotnom stave, vrátane lekárskej správy a zdravotníckej dokumentácie, poisťiteľ je oprávnený vyžiadať si informácie od orgánov sociálneho zabezpečenia o mojom nemocenskom a dôchodkovom poistení, poisťiteľ je oprávnený vyžiadať si informácie od mojej zdravotnej poisťovne o službách hradených z verejného poistenia, ktoré mi boli poskytnuté, to všetko v rozsahu nevyhnutnom pre riadne prešetrenie škodovej udalosti a výkon poisťovacej činnosti a zároveň všetky vyššie uvedené zbavujem mlčanlivosti o požadovaných skutočnostiach.

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. 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.

V dňa

Podpis oznamovateľa
(pokiaľ formulár tlačíte)

Za účelom mimosúdneho riešenia sporu v neživotnom poistení je možné sa obrátiť na Slovenskú obchodnú inšpekciu (www.soi.sk). Ďalšou možnosťou pro mimosúdne riešenie spotrebiteľských sporov v oblasti poistenia je aj Útvor ombudsmana Slovenskej asociácie poisťovní. Viac informácií nájdete na www.poisťovaciombudsman.sk. Podmienkou zahájenia postupu mimosúdneho riešenia sporu je skutočnosť, že sa sťažovateľovi nepodarilo vyriešiť spor priamo s poisťovňou.

Tento **vyplnený** formulár zašlite spoločne s vypísanými dokladmi na e-mail: cardifslovakia@cardif.com.

Pošlite (vždy iba kópiu - sken, či foto):

Vždy:

- **lekársku správu potvrdzujúca diagnostikované dôvody vykonania chirurgického zákroku a spôsob jeho vykonania**
- **poistku potvrdzujúcej uzatvorenie doplnkového zdravotného poistenia**

V prípade hospitalizácie:

- **prepúšťaciu správu z príslušného nemocničného zariadenia**

Pokiaľ nám bude nejaký doklad chýbať, budeme si ho od vás musieť vyžiadať a šetrenie vašej udalosti sa tak zbytočne predĺži.