

## OZNÁMENIE ŠKODOVEJ UDALOSTI – HOSPITALIZÁCIA

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 škodovú udalosť vybaviť 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 vybavenie škodovej udalosti **potrebujeme nasledujúce doklady** (vždy iba kópiu - sken, či foto):

### Vždy:

- vyplnený formulár **Oznámenie škodovej udalosti** (nižšie)
- konečnú prepúšťacu správu z nemocničného zariadenia**
- zdravotnú dokumentáciu o priebehu liečby**

### V prípade, že:

- ste boli hospitalizovaný/a **kvôli chorobe**  **lekárske správy z prvého zachytenia choroby**
- ste boli hospitalizovaný/a **kvôli úrazu**  **lekárske správy o prvom ošetrení bezprostredne po úraze**

Odporúčame vám poslať nám aj **ďalšie doklady a lekárske správy z minulosti**, ktoré máte v zdravotnej dokumentácii k tejto chorobe alebo úrazu – môžu nám pomôcť pri posudzovaní vašej udalosti.

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. **Ak by nám niektorý doklad chýbal,, budeme si ho od vás musieť vyžiadať a šetrenie vašej udalosti sa tak zbytočne predĺži.**
5. **Všetky potrebné doklady pošlite spolu na e-mail: [cardifslovakia@cardif.com](mailto:cardifslovakia@cardif.com).** Zaslaním všetkých **dokladov spolu e-mailom urýchlite riešenie** udalosti.
6. Na **našom webe** nájdete ďalšie informácie a ak by ste mali nejaké otázky, ozvite sa nám na naše **Klientske centrum**.

**OZNÁMENIE ŠKODOVEJ UDALOSTI - HOSPITALIZÁCIA****Poistený** (meno a priezvisko):  Štátna príslušnosť: Rodné číslo:  /  Druh a číslo dokladu totožnosti:  Dátum narodenia\*: Telefón\*\*: +  E-mail\*\*: 

\* vyplniť, ak rodné číslo nebolo pridelené \*\* v prípade uvedenia súhlasíte s použitím tohoto údaju pre komunikáciu

Pokiaľ ste SZČO, uveďte prosím vaše IČO: Číslo zmluvy (napr. číslo úverového účtu): **Adresa trvalého pobytu:**Ulica:  Súpisné číslo:  Číslo bytu/domu: Obec:  PSČ:  Štát: **Korešpondenčná adresa**, pokiaľ je odlišná od trvalej:Ulica:  Súpisné číslo:  Číslo bytu/domu: Obec:  PSČ:  Štát: **Údaje k udalosti**K hospitalizácii došlo v dôsledku:  Choroby  ÚrazuDátum vzniku udalosti: 

Popíšte prosím detailne vaše ochorenie/ úraz:

Liečili ste sa s týmto ochorením, prípadne rovnakým úrazom už v minulosti?  Áno  Nie Kedy: Ste alebo bola vám priznaná invalidita?  Áno  Nie Od  Do Ste v starobnom dôchodku?  Áno  Nie Od Vyšetruvala udalosť Polícia SR? Pokiaľ áno, uveďte, prosím, adresu: **Kontakt na ošetrojúceho (praktického) lekára****Lekár** (meno a priezvisko):  Telefón: **Adresa ordinácie** Ulica:  Súpisné číslo: Obec:  PSČ:

**Kontakt na špecialistu**, ktorý riešil zdravotný problém, ktorý hlásite

**Lekár** (meno a priezvisko):

Telefón:

**Adresa ordinácie** Ulica:

Súpisné číslo:

Obec:

PSČ:

**Údaje k prípadnej výplате poistného plnenia**

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

**Označte iba v prípade, že:**

som politicky exponovanou osobou (PEP)<sup>1</sup>, podľa zákona č. 297/2008 o ochrane pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti a o ochrane 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.

Odoslaním tohoto formulára potvrdzujem, že mnou uvedené informácie sú úplné a pravdivé, nezamlčal/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.

Ak 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 hrazených 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 poisťiteľ je oprávnený 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)

Podmienky spracovania osobných údajov sú uvedené v [Oznámení o ochrane osobných údajov](#), ktoré je k dispozícii na [www.bnpparibascardif.sk](http://www.bnpparibascardif.sk).

So svojou sťažnosťou na postup poisťiteľa sa môžete obrátiť na orgán dohľadu nad poisťovníctvom a finančným sprostredkovaním, ktorým je Národná banka Slovenska. Sťažovateľ sa môže, v prípadoch ustanovených Zákonom č. 391/2015 Z. z. o alternatívnom riešení spotrebiteľských sporov, obrátiť na subjekt alternatívneho riešenia sporov, napr. na útvar poisťovacieho ombudsmana, zriadený Slovenskou asociáciou poisťovní. Zoznam všetkých subjektov alternatívneho riešenia spotrebiteľských sporov je uvedený na internetovej stránke Ministerstva hospodárstva SR [www.mhpsr.sk](http://www.mhpsr.sk).

Tento **vyplnený** formulár zašlite spoločne s vypísanými dokladmi na e-mail: [cardifslovakia@cardif.com](mailto:cardifslovakia@cardif.com).

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

**Vždy:**

- **konečnú prepúšťacu správu z nemocničného zariadenia**
- **zdravotnú dokumentáciu o priebehu liečby**

**Podľa vašej situácie pošlite prosím taktiež ďalšie potrebné doklady, ktoré máte na prvej stránke dokumentu.**

Ak by nám niektorý doklad chýbal, budeme si ho od vás musieť vyžiadať a šetrenie vašej udalosti sa tak zbytočne predĺži.