

## OZNÁMENIE ŠKODOVEJ UDALOSTI – PRACOVNÁ NESCHOPNOSŤ

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

**Pripravili sme súhrn najdôležitejších bodov, vďaka ktorým môžeme vašu škodovú udalosť vybaviť čo najrýchlejšie. Prosíme 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 vďaka tomu bude čo najrýchlejšia.**
3. Pro vybavenie škodovej udalosti **potrebujeme nasledujúce doklady** (iba kópiu, sken či foto):

### Vždy:

- vyplnený formulár **Oznámenie škodovej udalosti** (nižšie)
- potvrdenie o trvaní a prípadne ukončení pracovnej neschopnosti**
- správu z úplne prvej návštevy u lekára vzťahujúcu sa k vášmu zdravotnému problému**
  - potrebujeme zistiť presný dátum začiatku vašich zdravotných komplikácií / úrazu
  - pri úraze potrebujeme správu z prvotného ošetrenia s popisom úrazového deja

### V prípade, že:

- vás vyšetroval špecialista  **lekársku správu s výsledkom vyšetrenia / diagnózou**
- ste absolvovali zobrazovacie vyšetrenie  **popis výsledku vyšetrenia**
- ste boli hospitalizovaný/á  **prepúšťaciu správu z nemocničného zariadenia**
- ste podstúpili operáciu  **operačný protokol**
- udalosť vyšetrovala polícia SR  **protokol s výsledkom vyšetrovania polície SR**
- došlo k pracovnému úrazu  **záznam o úraze od zamestnávateľa**

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

4. V prípade, že zdravotnú **dokumentáciu nemáte, požiadajte o ňu svojho praktického lekára alebo špecialistu**, u ktorého ste sa s hlásenými ochoreniami 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 naraz na e-mail: [cardifslovakia@cardif.com](mailto:cardifslovakia@cardif.com).**  
Zaslaním všetkých **dokladov spoločne e-mailom urýchlite riešenie** vašej 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 – PRACOVNÁ NESCHOPNOSŤ**

POISTENÝ

**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 týkajúcu sa tejto udalosti

**Číslo zmluvy** (napr. číslo úverového účtu):

ADRESA

**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:

UDALOSŤ

**Údaje k udalosti**

K pracovnej neschopnosti došlo v dôsledku:  Choroby  Úrazu

Dátum vzniku udalosti:

Boli ste k dátumu vzniku pracovnej neschopnosti zamestnaný/á?

Zamestnaný/á  SZČO  Nezamestnaný/á v ochrannnej lehote  Nezamestnaný/á od:

Názov zamestnávateľa alebo SZČO:

Popíšte prosím detailne vaše ochorenie/úraz:

Liečili ste sa s týmto ochorením, prípadne rovnakým úrazom, už v minulosti?  Áno  Nie Kedy:

Ste, príp. bola vám priznaná invalidita?  Áno  Nie Od  Do  Stupeň:

Ste v starobnom dôchodku?  Áno  Nie Od

Vyšetrovala udalosť polícia SR? Pokiaľ áno, uveďte, prosím, adresu:

ADRESA LEKÁRA

**Kontakt na ošetrojúceho (praktického) lekára**

**Lekár** (meno a priezvisko):  Telefón:

**Adresa ordinácie:** Ulica:  Súpisné č.:

Obec:  PSČ:

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

**Lekár** (meno a priezvisko):  Telefón:

**Adresa ordinácie:** Ulica:  Súpisné č.:

Obec:  PSČ:

**Údaje k prípadnej výplate poistného plnenia**

Číslo účtu v tvare IBAN pro prípadnú výplatu poistného plnenia a preplatenie 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 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

Odoslaním tohto 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, aby poisťiteľ zisťoval údaje o mojom nemocenskom a dôchodkovom poistení, a zbavujem orgány štátnej správy povinnosti zachovávať o týchto údajoch mlčanlivosť.

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 ošetrovateľmi, 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.mhsr.sk](http://www.mhsr.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:**

- **potvrdenie o trvaní** a prípadne **ukončení pracovnej neschopnosti**
- **správu z prvej návštevy u lekára** vzťahujúcu sa k vášmu zdravotnému problému
  - potrebujeme zistiť **presný dátum začiatku** vašich zdravotných komplikácií / úrazu
  - pri **úraze** potrebujeme správu z **prvotného ošetrenia** s popisom úrazového deja

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