

OZNÁMENIE ŠKODOVEJ UDALOSTI – AKÚTNY 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 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)
- lekársku správu potvrdzujúca diagnostikované dôvody vykonania chirurgického zákroku a spôsob jeho vykonania**
- poistku potvrdzujúcej uzatvorenie doplnkového zdravotného poistenia**

V prípade, že:

- došlo k hospitalizácii **prepúšťaciú 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. **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.** 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 – AKÚTNY CHIRURGICKÝ ZÁKROK

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:

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 okolnosti, 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 poistných 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 vyšetrojúceho orgánu a číslo vyšetrovacieho spisu:

UDALOSŤ

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 výplате 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, 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 poistiteľ 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 poistiteľ je oprávnený 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, poistiteľ je oprávnený vyžiadať si informácie od orgánov sociálneho zabezpečenia o mojom nemocenskom a dôchodkovom poistení, poistiteľ 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)

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

So svojou sťažnosťou na postup poistiteľa 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.

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

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