

OZNÁMENIE ŠKODOVEJ UDALOSTI – TRVALÁ INVALIDITA

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)
- rozhodnutie o priznaní invalidného dôchodku** vystavené Sociálnou poisťovňou
- odborný posudok o invalidite** (lekárska správa Sociálnej poisťovne)
- správu z prvej návštevy u lekára** vzťahujúcej sa k zdravotnému problému poisteného
potrebujeme zistiť presný **dátum začiatku zdravotných ťažkostí / úrazu**, ktoré spôsobili vašu invaliditu
v prípade invalidity následkom **úrazu** potrebujeme **správu z prvotného ošetrenia s popisom úrazového deja**

V prípade, že ste v súvislosti s hlásenou chorobou / úrazom:

- absolvovali vyšetrenie špecialistom **lekársku správu s výsledkom vyšetrenia / diagnózou**
- absolvovali zobrazovacie vyšetrenie **popis výsledku vyšetrenia** (napr. RTG, MRI, CT, SONO)
- boli hospitalizovaný/á **prepúšťaciu správu z nemocničného zariadenia**
- podstúpili operáciu **operačný protokol**

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

4. V prípade, že zdravotnú **dokumentáciu nemáte, požiadajte o ňu 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 musieť od vás alebo od praktického či ošetrojúceho lekára 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 – TRVALÁ INVALIDITA

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

S akou % mierou poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť vám bola priznaná invalidita?

Dátum vzniku udalosti:

Liečili ste sa s ochorením, príp. rovnakým úrazom, ktorý je dôvodom invalidity, už v minulosti?

Áno Nie Kedy:

Bol vám v minulosti priznaný Invalidný dôchodok? Áno Nie Do

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 číslo:
Obec: PSČ:

ADRESA ŠPECIALISTU

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)¹, 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 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 ošetrovateľmi, zdravotníkmi 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 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 útvár 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:

- **rozhodnutie o priznaní invalidného dôchodku vystavené Sociálnou poisťovňou**
- **odborný posudok o invalidite (lekárska správa Sociálnej poisťovne)**
- **správu z prvej návštevy u lekára vzťahujúcej sa k zdravotnému problému poisteného**
 - potrebujeme zistiť presný **dátum začiatku zdravotných ťažkostí / úrazu**, ktoré spôsobili vašu invaliditu
 - v prípade invalidity následkom **úrazu** potrebujeme **správu z prvotného ošetrenia s popisom úrazového deja**

Podľa vašej situácie pošlite prosím 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.