

## OZNÁMENIE ŠKODOVEJ UDALOSTI – SMRŤ POISTENÉHO

Vaša strata nás veľmi mrzí a vynasnažíme sa urobiť maximum pre to, aby sme vám pomohli 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)
- úmrtný list**
- správu z prvej návštevy u lekára vzťahujúcej sa k zdravotnému problému poisteného**
  - potrebujeme zistiť presný **dátum začiatku zdravotných komplikácií / úrazu**, ktoré spôsobili úmrtie poisteného
  - v prípade úmrtia následkom **úrazu** potrebujeme **správu z prvotného ošetrenia s popisom úrazového deja**

### V prípade, že:

- |   |  |
|---|--|
| • poistený absolvoval vyšetrenie špecialistom     | <input type="checkbox"/> <b>lekársku správu s výsledkom vyšetrenia / diagnózou</b> |
| • poistený absolvoval zobrazovacie vyšetrenie     | <input type="checkbox"/> <b>popis výsledku vyšetrenia</b>                          |
| • poistený bol s chorobou/úrazom hospitalizovaný  | <input type="checkbox"/> <b>prepúšťaciu správu z nemocničného zariadenia</b>       |
| • poistený podstúpil kvôli chorobe/úrazu operáciu | <input type="checkbox"/> <b>operačný protokol</b>                                  |
| • bola uskutočnená pitva                          | <input type="checkbox"/> <b>pitevný protokol</b>                                   |
| • udalosť vyšetrovala Polícia SR                  | <input type="checkbox"/> <b>protokol s výsledkom vyšetrovania</b>                  |

Odporúčame vám poslať nám aj ďalšie relevantné doklady, ktoré sú prípadne súčasťou zdravotnej dokumentácie – môžu nám pomôcť pri posudzovaní vašej udalosti.

4. V prípade, že zdravotnú **dokumentáciu nemáte, požiadajte o ňu praktického lekára alebo špecialistu poisteného**, u ktorého sa s ochoreniami, ktoré súviseli s úmrtím, liečil. Stačí, keď si dokumentáciu vyfotíte mobilným telefónom a pošlete nám ju e-mailom. **Ak by nám niektorý doklad chýbal, budeme si ho musieť vyžiadať od vás alebo od praktického či ošetrojúceho lekára poisteného a šetrenie 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 možnosti, ako nahlásiť udalosť a pokiaľ máte nejaké otázky, ozvite sa nám na naše **Klientske centrum**.

**OZNÁMENIE ŠKODOVEJ UDALOSTI – SMRŤ POISTENÉHO**

**Poistený** (meno a priezvisko):  Štátna príslušnosť:

Rodné číslo:  /  Dátum narodenia\*:  \* vyplniť, ak rodné číslo nebolo pridelené

Druh a číslo dokladu totožnosti:

Číslo zmluvy (napr. číslo úverového účtu):

**Údaje o oznamovateľovi udalosti**

Meno a priezvisko oznamovateľa:

Telefón\*\*: +  E-mail\*\*:

\*\*v prípade uvedenia súhlasíte s použitím tohto údaju pre komunikáciu týkajúcu sa tejto

udalosti **Kontaktná adresa oznamovateľa:**

Ulica:  Súpisné číslo:  Číslo bytu/domu:

Obec:  PSČ:  Štát:

Dátum úmrtia:

Uvedte prosím stručný popis udalosti:

Bola poistenému priznaná invalidita?  Áno  Nie Od  Do

Bol poistenému priznaný starobný dôchodok?  Áno  Nie

Vyšetrowala udalosť Polícia SR? Pokiaľ áno, uvedte, prosím, adresu:

Uvedte prosím meno a adresu notára povereného dedičským konaním:

**Kontakt na ošetrojúceho (praktického) lekára poisteného**

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

**Adresa ordinácie** Ulica:  Číslo súpisné:

Obec:  PSČ:

**Kontakt na špecialistu, ktorý riešil zdravotný problém poisteného súvisiaci s úmrtím**

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

**Adresa ordinácie** Ulica:  Číslo súpisné:

Obec:  PSČ:

**Údaje k vyplateniu prípadných nákladov spojených s udalosťou**Číslo účtu v tvare IBAN pre vyplatenie prípadných nákladov spojených s udalosťou:  **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 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.

Som si vedomý/á toho, že v súvislosti s poistením a šetrením udalosti dochádza ku spracovaniu osobných údajov poisťiteľom pre účely výkonu poisťovacej činnosti, vrátane šetrenia škodovej udalosti a pre účely plnenia právnych povinností a naplnenia oprávnených záujmov svojich aj tretích osôb. Podrobné informácie o spracovaní osobných údajov, vrátane poučenia subjektu údajov o jeho právach, sú uvedené v Informácii o spracovaní osobných údajov, ktorá je zverejnená a ktorej vždy aktuálna platná verzia je uvedená na webovej stránke [www.bnpparibascardif.sk](http://www.bnpparibascardif.sk), v sekcii **Osobné údaje**.

Odoslaním tohoto formulára prehlasujem, že som sa zoznámil/a s Informáciou o spracovaní osobných údajov.

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 poisťnej 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 zdravotného stavu poisteného.

V  dňa Podpis oznamovateľa  
(pokiaľ formulár tlačíte)

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: [cardifskovakia@cardif.com](mailto:cardifskovakia@cardif.com).

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

**Vždy:**

- **úmrtný list**
- **správu z prvej návštevy u lekára vzťahujúcu sa k zdravotnému problému poisteného**
  - potrebujeme zistiť **presný dátum začiatku** zdravotných ťažkostí / úrazu, ktoré spôsobili úmrtie poisteného
  - pri **úraze** potrebujeme **správu z prvotného ošetrenia s popisom úrazového deja**

**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.