

OZNÁMENIE ŠKODOVEJ UDALOSTI – PRACOVNÁ NESCHOPNOSŤ

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

Pripravili sme súhrn najdôležitejších bodov, vďaka ktorým môžeme vašu 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 bude vďaka tomu rýchlejšia.**
3. Pre vybavenie udalosti **potrebujeme nasledujúce doklady** (iba kópiu, sken, príp. fotka):

Vždy:

- ☐ vyplnený formulár **Oznámenie škodovej udalosti** (nižšie)
- ☐ **potvrdenie o trvaní pracovnej neschopnosti, príp. ukončení pracovnej neschopnosti**
- ☐ **potvrdenie o zamestnaní alebo potvrdenie od zamestnávateľa, že k začiatku pracovnej neschopnosti ste zamestnaný/á**
- ☐ **lekársku správu z úplne prvej návštevy lekára vzťahujúcu sa k vášmu zdravotnému stavu**
 - pri chorobe potrebujeme zistiť presný dátum začiatku vašich zdravotných komplikácií
 - pri úraze potrebujeme správu z prvého ošetrenia s popisom úrazového deja

V prípade, že:

- | | |
|---|--|
| • vás vyšetruval špecialista | ☐ lekársku správu s výsledkom vyšetrenia / diagnózou |
| • ste absolvovali zobrazovacie vyšetrenie | ☐ popis výsledku vyšetrenia (CT, MR, RTG) |
| • ste boli hospitalizovaný/á | ☐ prepúšťaciu správu z nemocničného zariadenia |
| • ste podstúpili operáciu | ☐ operačný protokol |
| • udalosť vyšetruvala polícia SR | ☐ protokol s výsledkom vyšetrovania polície SR |
| • došlo k pracovnému úrazu | ☐ záznam o úraze od zamestnávateľa |
| • z ostatných dokladov nie je zjavné, že ste mali príjem k dátumu začiatku pracovnej neschopnosti | ☐ potvrdenie 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. Ak nám bude niektorý doklad chýbať, 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.**
Zaslaním všetkých **dokladov spoločne s 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** (meno a priezvisko):

Rodné číslo:

/

Dátum narodenia*:

Štátna príslušnosť:

Druh a číslo dokladu totožnosti:

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 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 pracovnej neschopnosti došlo v dôsledku:

☐ Choroby☐ Úrazu

Dátum začiatku pracovnej neschopnosti:

Aký bol k dátumu vzniku pracovnej neschopnosti váš pracovný status?

☐ Zamestnaný/á

Názov zamestnávateľa:

Telefónne číslo zamestnávateľa: +

☐ SZČO

Názov SZČO:

☐ Nezamestnaný/á v ochrannnej lehote☐ Nezamestnaný/á od:

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

Počet %:

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:

ADRESA ŠPECIALISTU

Kontakt na špecialistu, ktorý riešil zdravotný problém, ktorý hlásite

Lekár (meno a priezvisko): Telefón:

Adresa ordinácie Ulica: Súpisné č.:

Obec: PSČ:

ÚČET

Údaje k prípadnej výplate poistného plnenia

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

PEP

☐ 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.

PREHLÁSENIE

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 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 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.

POKYNY

Tento **vyplnený** formulár zašlite spoločne s vypísanými dokladmi na e-mail: cardifslovakia@cardif.com.

Pošlite (vždy iba kópiu - sken, príp. fotka):

Vždy:

- **potvrdenie o trvaní pracovnej neschopnosti, príp. ukončení pracovnej neschopnosti**
- **potvrdenie o zamestnaní alebo potvrdenie od zamestnávateľa, že k začiatku pracovnej neschopnosti ste zamestnaný/á**
- **lekársku správu z úplne prvej návštevy lekára vzťahujúcu sa k vášmu zdravotnému stavu**
 - pri chorobe potrebujeme zistiť presný dátum začiatku vašich zdravotných komplikácií
 - pri úraze potrebujeme správu z prvotného ošetrenia s popisom úrazového deja

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