

OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI ÚRAZOVÁ HOSPITALIZÁCIA A REKONVALESCENCIA POISTENÉHO

Označte krížikom a vyplňte nižšie uvedené údaje, týkajúce sa poistnej udalosti, ktorú chcete nahlásiť

Názov spoločnosti, ktorá Vám poskytla finančný záväzok/kred.kartu (banka, leasing. spol.):.....
Dátum vzniku poistnej udalosti (deň, mesiac, rok): Číslo úveru / poistenia:
Meno a priezvisko:..... Rodné číslo poisteného:
Kontaktná adresa poisteného: Štátna príslušnosť poisteného:.....
Telefónne číslo poisteného..... Číslo dokladu totožnosti
Bankové spojenie pre príp. výplatu plnenia - číslo účtu poisteného (v tvare IBAN) a názov banky
..... - podpisom tohto tlačiva prehlasujem, že som majiteľom vyššie uvedeného účtu.

Popis poistnej udalosti

Dátum začiatku hospitalizácie (deň, mesiac, rok): Dátum ukončenia hospitalizácie (deň, mesiac, rok):
K hospitalizácii došlo v dôsledku: choroby úrazu – kedy došlo k úrazu (dátum, hodina, miesto):
Odporučil resp. rozhodol o hospitalizácii lekár? nie áno – kedy (dátum): diagnóza:
V prípade úrazu stručný popis ako k nemu došlo a okolnosti rozhodnutia o hospitalizácii:.....
.....
.....

Došlo k úrazu vplyvom alkoholu, liekov či omamných látok? nie áno - akých príp. koľko:
Boli okolnosti vzniku úrazu vyšetrowané políciou? nie áno – uveďte názov, adresu vyšetrujúceho orgánu a číslo vyšetrovacieho spisu:

Boli Vám v priebehu hospitalizácie zistené i iné ochorenia resp. následky iných úrazov a ochorení? nie áno – aké?

Pokračovala Vaša pracovná neschopnosť neprerušene i po ukončení hospitalizácie? nie áno
Nasledujúce údaje vyplňte iba v prípade, že Vaša pracovná neschopnosť (ďalej iba „PN“) pokračovala i po ukončení hospitalizácie
Pokračovala Vaša PN z dôvodu, pre ktorý ste boli hospitalizovaný(á)? áno nie – uveďte diagnózu a dôvod:

Začiatok domáceho liečenia (dátum): Bola už PN ukončená? nie, trvá áno, dňa (dátum):
Boli Vám v priebehu PN po ukončení hospitalizácie zistené i iné ochorenia resp. prejavili sa následky iných úrazov a ochorení? nie áno – aké?

Meno, presná adresa a tel. číslo praktického lekára u ktorého je Vaša kompletná zdravotná karta:

Toto vyplnené Oznámenie poistnej udalosti prosím zašlite na adresu BNP Paribas Cardif Poist'ovňa, a. s. spolu s nasledujúcimi dokladmi:

- kópia prepúšťacej lekárskej správy príslušného zdravotníckeho zariadenia s uvedením počtu dní hospitalizácie (po skončení hospitalizácie)
- kópia lekárskej správy potvrdzujúca povahu a rozsah telesných poškodení a poskytujúca presnú diagnózu
- kópiu lekárom alebo zdravotníckym zariadením vystaveného potvrdenia o pracovnej neschopnosti so stanovením príslušného čísla diagnózy.
- kópia Poistky potvrdzujúcej uzatvorenie doplnkového zdravotného poistenia

Beriem na vedomie, že poisťovňa je oprávnená podľa § 78 zákona č. 39/2015 Z.z. o poisťovníctve zisťovať, ziskávať, 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. Ďalšie informácie ohľadne ochrany osobných údajov sa nachádzajú na internetovej stránke BNP Paribas Cardif Poist'ovňa, a. s. v časti Ochrana osobných údajov v dokumente Oznámenie o ochrane osobných údajov. Prehlasujem, že mnou poskytnuté údaje a informácie sú úplné a pravdivé. Beriem na vedomie, že akýkoľvek neúplný alebo nepravdivý údaj môže mať za následok odmietnutie plnenia a zánik poistenia. Neposkytnutie požadovaných dokladov môže mať za následok, že nebude možné poistnú udalosť ukončiť. Za týmto účelom splnomocňujem BNP Paribas Cardif Poist'ovňa, 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.

Dátum:

Podpis poisteného: