



Označte krížikom druh poistnej udalosti: smrť plná a trvalá invalidita pracovná neschopnosť strata zamestnania

Názov spoločnosti, ktorá Vám poskytla úver/ leasing/ kreditnú kartu (banka, leasing. spol. ..): _____

Číslo zmluvy / poistenia: _____

Meno a priezvisko, adresa, rod.č. a tel. č. poisteného: _____

Dátum vzniku poistnej udalosti (deň, mesiac, rok): _____

Došlo k poistnej udalosti vplyvom alkoholu, nesprávnych dávok liekov či omamných látok? áno nie

Bol Vám priznaný starobný dôchodok alebo čakáte na jeho priznanie? Odkedy? _____

Vyplňte v prípade poistnej udalosti: **smrť / plná a trvalá invalidita**

K poistnej udalosti došlo v dôsledku: choroby úrazu

Stručný popis poistnej udalosti (za akých okolností k nej došlo): _____

Bola poistná udalosť – smrť poisteného vyšetovaná políciou (názov, adresa vyšetrujúceho orgánu a číslo vyšetrovacieho spisu): _____

K vyplnenému formuláru priložte:

- v prípade smrti: kópia „Úmrtného listu poisteného“, kópia lekárom vyplneného dokladu „List o prehliadke mŕtveho“, kópia dokladu „pítevná správa“ (ak bola prevedená súdna pitva)
- v prípade invalidity: kópia rozhodnutia o priznaní invalidného dôchodku (nie čiastočného) poistenému vystaveného príslušným orgánom s vyznačeným dátumom, ku ktorému toto rozhodnutie nadobudlo právoplatnosť a vykonateľnosť, kópia lekárskeho potvrdenia, že zdravotný stav poisteného vyžaduje pre bežné životné činnosti starostlivosť inej osoby, a to po dobu celého jeho života
- meno kontaktnej osoby, adresa a telefónne čísla do zamestnania a bytu
- meno a presná adresa a tel. č. praktického lekára poisteného

Vyplňte v prípade poistnej udalosti: **pracovná neschopnosť**

Boli ste k dátumu vzniku pracovnej neschopnosti zamestnaný (á): áno nie

K poistnej udalosti došlo v dôsledku: choroby úrazu - kedy sa stal úraz (dátum aj hodina) _____

Ide o nový úraz áno nie stručný popis úrazu: _____

Ide o následky úrazu z minulosti nie áno - o aký úraz išlo, kedy sa stal _____

Odhad doby trvania pracovnej neschopnosti (podľa názoru Vášho lekára): _____

Bol(a) ste už v pracovnej neschopnosti z rovnakého dôvodu ako teraz: áno nie

Pokiaľ áno, uveďte prosím kedy (deň, mesiac, rok): _____

K vyplnenému formuláru priložte:

- kópia lekárom vystaveného dokladu „potvrdenie dočasnej pracovnej neschopnosti“ so stanovením čísla diagnózy (I. časť)
- kópia dokladu „prepúšťacia správa“ príslušného zdravotníckeho zariadenia (ak prišlo k hospitalizácii)
- meno a presná adresa a tel. č. praktického lekára poisteného

Každé ďalšie lekárske podložené predĺženie pracovnej neschopnosti doložte poisťovni minimálne jedenkrát za mesiac

Vyplňte v prípade poistnej udalosti: **strata zamestnania / nezamestnanosť**

Ku ktorému dátumu s Vami zamestnávateľ rozviazal pracovný pomer (dátum skončenia pracovného pomeru): _____

Kedy ste obdržal(a) od zamestnávateľa písomné vyrozumienie o rozviazaní pracovného pomeru (deň, mesiac, rok): _____

Uveďte prosím: adresu, telefónne číslo a meno zamestnávateľa, kde ste bol(a) naposledy zamestnaný(á): _____

Dôvod rozviazania pracovného pomeru: _____

Uveďte údaje o predchádzajúcom zamestnávateľovi (názov, adresa, tel.č. a doba trvania pracovného pomeru): _____

Uveďte údaje o úrade práce, sociálnych vecí a rodiny (adresa a od ktorého dátumu (deň, mesiac, rok) ste registrovaný(á) na úrade práce ako evidovaný(á) nezamestnaný(á) – ste vedený(á) v evidencii uchádzačov o zamestnanie): _____

K vyplnenému formuláru priložte:

- kópia pracovnej zmluvy vrátane všetkých dodatkov
- kópia dokladu o rozviazaní pracovného pomeru
- kópia potvrdenia zo sociálnej poisťovne o priznaní / nepriznaní podpory (dávky) v nezamestnanosti
- kópia rozhodnutia z úradu práce, sociálnych vecí a rodiny, že ste bol (-a) zaregistrovaný(á) do evidencie nezamestnaných (uchádzačov o zamestnanie)
- kópia potvrdenia o zápočte rokov

Každé ďalšie podložené predĺženie nezamestnanosti doložte poisťovni minimálne jedenkrát za mesiac

Prehlasujem, že mnou poskytnuté informácie sú úplné a pravdivé. Beriem na vedomie, že akýkoľvek môj neúplný alebo nepravdivý údaj môže mať za následok odmietnutie plnenia a následné odstúpenie od poistenia. Súhlasím so zisťovaním a preskúmaním skutočností týkajúcich sa zdravotného stavu (poisteného), resp. straty zamestnania (poisteného).

Dátum _____

Podpis poisteného / resp. kontaktnej osoby _____

VYPLNIŤ aj II. stranu v prípade smrti, plnej a trvalej invalidity alebo pracovnej neschopnosti z titulu CHOROBY



CARDIF

VYPLNIŤ v prípade smrti, plnej a trvalej invalidity alebo pracovnej neschopnosti z titulu CHOROBY

- Označte krížikom druh poistnej udalosti: smrť z titulu choroby
 plná a trvalá invalidita z titulu choroby
 pracovná neschopnosť z titulu choroby

Poisteného výška _____ cm a váha _____ kg

I. Poistná udalosť v dôsledku choroby

a) Z titulu akého ochorenia? V prípade viacerých diagnóz vypíšte jednotlivé dg. a rozmedzie ich trvania (počas PN)

Dg. kódom / slovne _____ od – do _____

Dg. kódom / slovne _____ od – do _____

Dg. kódom / slovne _____ od – do _____

Dg. kódom / slovne _____ od – do _____

b) Kedy vzniklo dané ochorenie (kedy bolo prvýkrát diagnostikované, resp. doložené v dokumentácii)?

Dg. _____ odkedy (deň, mesiac, rok) _____ Dg. _____ odkedy (deň, mesiac, rok) _____

Dg. _____ odkedy (deň, mesiac, rok) _____ Dg. _____ odkedy (deň, mesiac, rok) _____

II. Zdravotný stav poisteného k dátumu začiatku poistenia t.j. ku dňu _____

a) Ktoré iné choroby alebo poruchy zdravotného stavu poistený mal/dodnes má zistené? (napr. vysoký tlak, diabetes, srdcové choroby, obezita a iné). Kedy uvedené ochorenia začali (kedy boli prvýkrát zistené, diagnostikované, resp. doložené v dokumentácii)?

Dg. kódom / slovne _____ odkedy (deň, mesiac, rok) _____

Dg. kódom / slovne _____ odkedy (deň, mesiac, rok) _____

Dg. kódom / slovne _____ odkedy (deň, mesiac, rok) _____

Dg. kódom / slovne _____ odkedy (deň, mesiac, rok) _____

b) Uveďte práceneschopnosti spolu s diagnózami a trvaním v období 2 rokov pred začiatkom poistenia.

PN dg. _____ od – do _____ PN dg. _____ od – do _____

PN dg. _____ od – do _____ PN dg. _____ od – do _____

PN dg. _____ od – do _____ PN dg. _____ od – do _____

PN dg. _____ od – do _____ PN dg. _____ od – do _____

III. Je poistený v invalidnom dôchodku (čiastočnom/úplnom) alebo čaká na jeho priznanie? Odkedy?

Údaje o zdravotnom stave musia byť overené a potvrdené praktickým lekárom poisteného, inak Poist'ovňa Cardif Slovakia, a.s. predmetné údaje nemôže uznať pre potreby šetrenia nahlásenej poistnej udalosti.

Dátum: _____

Podpis a pečiatka lekára poisteného: _____