

**OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI
HOSPITALIZÁCIA POISTENÉHO**

Označte krížikom a vyplňte nižšie uvedené údaje, týkajúce sa poistnej udalosti:

Názov spoločnosti, ktorá Vám poskytla finančný záväzok/kred.kartu (banka, leasing, spol. ..):

Číslo úveru / poistenia:

Meno a priezvisko:

Rodné číslo poisteného:

Telefónne číslo poisteného:

Kontaktná adresa poisteného:

Štátna príslušnosť:

Číslo dokladu totožnosti:

Dátum vzniku poistnej udalosti (k hospitalizácii došlo v období (deň, mesiac, rok): od do

Bankové spojenie pre príp. výplatu plnenia - číslo účtu poisteného v tvare IBAN názov banky:

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

Bola poistná udalosť vyšetovaná políciou: nie áno názov, adresa vyšetrujúceho orgánu a číslo vyšetrovacieho spisu

Súhlasím, aby mi akákoľvek korešpondencia, týkajúca sa tejto poistnej udalosti, bola zasielaná len elektronicky (e-mailom) nie áno a to na túto e-mailovú adresu

K hospitalizácii došlo v dôsledku: choroby úrazu

V prípade úrazu - kedy sa stal úraz (dátum aj hodina):

Ide o nový úraz áno nie

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

Popis poistnej udalosti (za akých okolností k nej došlo, diagnóza):

Tento vyplnený formulár prosím zašlite na adresu BNP Paribas Cardif Poist'ovňa, a. s. spolu s nasledujúcimi dokumentmi:

- kópia prepúšťacej lekárskej správy príslušného zdravotníckeho zariadenia (po skončení hospitalizácie)
- kópia potvrdenia o uzatvorení poistenia (poistky) v rámci ktorej je uzatvorené poistenie pre prípad hospitalizácie
- meno a presná adresa a tel. číslo praktického lekára u ktorého je kompletná zdravotná karta

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. 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: