

OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI - AKÚTNY CHIRURGICKÝ ZÁKROK

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 rozhodnutia o výkone chirurg. zákroku: Dátum a čas výkonu chirurg. zákroku:.....

Chirurgický zákrok bol: vyžiadaný poisteným – dôvod:.....

odporúčaný lekárom – dôvod:.....

vyhodnotený lekárom ako nevyhnutný – dôvod:.....

Medicínsky dôvod výkonu chirurg. zákroku *): Kód *):

*) Uveďte dôvod a kód zo Zoznamu dôvodov akútnych chirurgických zákrokov, ktorý je prílohou Všeobecných poistných podmienok

Spôsob výkonu chirurgického zákroku:.....

Stručný popis okolností, ktoré viedli k rozhodnutiu o vykonaní chirurgického zákroku:

.....
.....
.....

Bolo poškodenie alebo zhoršenie zdravotného stavu, ktoré vyžadovalo výkon chirurgického zákroku, spôsobené vplyvom alkoholu, liekov či omamných látok?

nie áno - akých príp. kolko:

Boli okolnosti poškodenia zdravotného stavu, vyžadujúceho výkon chirurgického zákroku, vyšetrované políciou ?

nie áno – uveďte názov, adresu vyšetrojúceho orgánu a číslo vyšetrovacieho spisu:

Údaje o hospitalizácii, počas ktorej bol chirurgický zákrok vykonaný

Dátum začiatku hospitalizácie (deň, mesiac, rok): Dátum ukončenia hospitalizácie (deň, mesiac, rok):

K hospitalizácii došlo: v súvislosti s dôvodom, pre ktorý bol vykonaný chirurgický zákrok

z iného dôvodu ako ten, pre ktorý bol vykonaný chirurgický zákrok – akého:

k hospitalizácii nedošlo (ambulantný zákrok, jednodňová chirurgia a pod.)

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

Toto vyplnené Oznámenie poistnej udalosti prosím zašlite na adresu Poistovne Cardif Slovakia, a.s. spolu s nasledujúcimi dokladmi:

kópia lekárskej správy potvrdzujúca diagnostikované dôvody vykonania chirurgického zákroku a spôsob jeho vykonania

ak došlo k hospitalizácii, tak kópia prepúšťacej správy príslušného zdravotníckeho zariadenia

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, 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 Poistovne Cardif Slovakia, a.s. v časti Ochrana osobných údajov v dokumente Informácia 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 Poistovňu Cardif Slovakia, a.s., aby v mojom mene nadviazala kontakt s ošetrovateľmi, zdravotníkmi zariadeniami a Sociálnou poisťovňou a vyžiadala si od nich všetky potrebné informácie, týkajúce sa môjho zdravotného stavu.

V, dňa

Podpis poisteného: