



OZNÁMENIE ŠKODOVEJ UDALOSTI V POISTENÍ SNEŽIENKA (poistenie ženských nádorových ochorení)

A. OSOBNÉ ÚDAJE

Poistná zmluva číslo (uveďte všetky zmluvy s AIG):	
Meno a priezvisko poisteného:	Rodné číslo:
Kontaktná adresa:	Telefón/ fax:
Zamestnanie v čase ochorenia:	
Popis pracovnej činnosti:	

B. ÚDAJE O CHOROBE

Charakteristika ochorenia (uveďte z titulu akého ochorenia si nárokujete poistné plnenie) :	
Dátum diagnostikovania ochorenia:	Miesto vzniku ochorenia:

Bola Vám diagnostikovaná rakovina/abnormálne bunky už v minulosti? Trpeli ste týmto ochorením už v minulosti?

áno nie

Ak áno, na akej časti tela?

Ktorá časť tela bola poškodená?

U párových orgánov:

ľavá pravá

Kedy sa prejavili prvé príznaky ochorenia? Kedy bolo ochorenie diagnostikované?

C. ÚDAJE O ZDRAVOTNOM STAVE

Bol vám priznaný invalidný dôchodok?

áno nie

Kedy? Z akého dôvodu?

Ak poberáte invalidný dôchodok k oznámeniu o škode v poistení Snežienka priložte prosím čitateľnú fotokópiu rozhodnutia o priznaní invalidného dôchodku z Ústredia sociálnej poisťovne (vrátane percentuálneho určenia poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť).

D. ÚDAJE O OPRÁVNENEJ OSOBE (vyplňte v prípade smrti poisteného)

Meno a priezvisko:	Vzťah k poistenému:	Rodné číslo:
Kontaktná adresa:		Telefón:

E. VÝPLATA POISTNÉHO PLNENIA

<input type="checkbox"/> Poukážite na účet č.:		Kód banky:	
IBAN:		BIC/SWIFT:	
Názov a adresa banky:			
<input type="checkbox"/> Zašlite na adresu :			

AIG Europe Limited, s registrovaným sídlom The AIG Building, 58 Fenchurch Street, London EC3M 4AB, United Kingdom, spoločnosť je registrovaná v Anglicku a Wales, číslo spoločnosti: 01486260 a koná na Slovensku prostredníctvom svojej organizačnej zložky AIG Europe Limited, pobočka poisťovne z iného členského štátu; sídlo pobočky je AC Diplomat, Palisády 29, 811 06 Bratislava, Slovenská republika, IČO: 47 241 128; pobočka je zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel Po, vložka číslo 2126/B. AIG Europe Limited má oprávnenie na výkon svojej činnosti od Prudential Regulation Authority so sídlom 20 Moorgate, Londýn EC2R 6DA, Spojené kráľovstvo.

Poskytnutím Vašich Osobných informácií spoločnosti AIG v súvislosti s Vaším nárokom a Vaším podpisom súhlasíte so zhromažďovaním a spracovaním (ako aj použitím a sprístupnením) Vašich Osobných informácií tak ako je popísané v týchto Pravidlách ochrany súkromia - k dispozícii na www.aigpoistenie.sk/sk-vseobecne-pravidla-ochrany-sukromia alebo na požiadanie. Konkrétne súhlasíte s medzinárodným prenosom Vašich Osobných informácií. Súhlasíte s tým, že neposkytnete Osobné informácie o žiadnej inej osobe bez jej povolenia.

Prehlasujem, že som všetky otázky zodpovedal(a) pravdivo a úplne a že som si vedomý(á) všetkých dôsledkov nesprávnych odpovedí na povinnosť poisťovne plniť. Súhlasím, aby si AIG Europe Limited, pobočka poisťovne z iného členského štátu vyžiadala všetku potrebnú zdravotnú dokumentáciu o mojom liečení a zdravotnom stave podľa potreby likvidácie poistnej udalosti.

V	dňa:	Podpis:
---	------	---------

Vyplnený formulár oznámenia škody a potrebné dokumenty (kópiu kompletnej gynekologickej zdravotnej dokumentácie z preventívnej prehliadky ženských orgánov, ktorú klientka absolvovala maximálne jeden rok pred uzavretím poistenej zmluvy, kópiu správy z biopsie a diagnostiky ochorenia, prepúšťaciu správu z nemocnice, kópiu dokladu o pracovnej neschopnosti) prosíme zaslať na adresu: [AIG Europe Limited, pobočka poisťovne z iného členského štátu, oddelenie likvidácie škôd, AC DIPLOMAT, Palisády 29, 811 06 Bratislava, Slovenská republika](mailto:AIG_Europe_Limited_pobočka_poisťovne_z_iného_členského_štátu_oddelenie_likvidácie_škôd.AC_DIPLOMAT.Palisády.29.811.06.Bratislava.Slovenská_republika). Ak nebudú informácie predložené poisťiteľovi dostatočné, môže si poisťovateľ vyžiadať ďalšie informácie a podklady.

V prípade akýchkoľvek otázok nás kontaktujte priamo na tel. č.: + 421 2 5910 2111, fax: + 421 2 5910 2180 alebo emailom na skody.sk@aig.com.

LEKÁRSKA SPRÁVA

Meno a priezvisko:

Dátum narodenia:

Diagnóza a podrobný popis telesného poškodenia spôsobeného ochorením:

Spôsob liečby:

Podstúpila poistená chirurgický zákrok v súvislosti s poistným hlásením?

 áno nie

Dátum:

Chirurgický zákrok:

Meno lekára a adresa zdravotníckeho zariadenia:

Absolvovala poistená v priebehu jedného roka pred uzatvorením poistnej zmluvy preventívnu prehliadku ženských orgánov?

 áno nie

Dátum:

Meno lekára a adresa zdravotníckeho zariadenia:

Hospitalizácia v súvislosti s poistným hlásením (od – do, zdravotnícke zariadenie, oddelenie):

Doliečenie (PN, od – do) :

Bola poistenej diagnostikovaná rakovina/abnormálne bunky už v minulosti?

 áno nie

Kedy?

Na akej časti tela?

Kedy sa prejavili prvé príznaky ochorenia? Kedy bolo ochorenie diagnostikované?

Boli Vám vykonané vyšetrenia na zistenie rakoviny?

 áno nie

Kedy?

Bola Vám diagnostikovaná hyperkeratóza alebo bazocelulárne, dlaždicobunkové novotvary alebo melanómy?

 áno nie

Kedy?

Bol Vám diagnostifikovaný pre-malígný, lokálny, neinvazívny alebo karcinóm in situ?

 áno nie

Nastala choroba v priamom alebo nepriamom dôsledku rozptýlením alebo použitím či uvoľňovaním patogénnych alebo jedovatých biologických alebo chemických materiálov ?

 áno nie

Kedy?

Nastala choroba v priamom alebo nepriamom dôsledku používania, uvoľňovania alebo úniku jadrových materiálov, ktoré priamo alebo nepriamo vedú k jadrovej reakcii, žiareniu alebo rádioaktívnej kontaminácii ?

 áno nie

Kedy?

Nastala choroba v súvislosti s vírusom HIV alebo ochorením AIDS?

 áno nie

Kedy?

Bolo príčinou choroby úmyselné sebapoškodenie?

 áno nie

Predpokladáte, že choroba zanechá trvalé následky?

 áno nie

V akom pravdepodobnom rozsahu?

Iné oznamy lekára :

Potvrdzujem, že údaje v LEKÁRSKEJ SPRÁVE súvisia s osobou uvedenou na opačnej strane formulára OZNÁMENIE ŠKODY V POISTENÍ SNEŽIENKA.

V _____ dňa

Adresa zdravotníckeho zariadenia, meno lekára, IČO, telefón:

pečiatka a podpis lekára