

OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI CHIRURGICKÝ ZÁKROK

číslo hlásenia

Pokyny pre poisteného:

1. Tlačivo je potrebné kompletne vypísať. K vyplnenému tlačivu doložte fotokópiu prepúšťacej správy z nemocnice, počas ktorej bol vykonaný chirurgický zákrok.
2. Ak bola u poisteného v priebehu troch rokov vykonaná preventívna prehliadka v zmysle zákona 577/2004 Z.z. v znení neskorších predpisov, doložte potvrdenie od lekára, prípadne výsledok.
3. Poist'ovateľ si vyhradzuje právo prešetriť nahlásenú poistnú udalosť.

Číslo všetkých poistných zmlúv, z ktorých si nárokujete poistné plnenie v ČSOB Poist'ovni, a.s.

Osobné údaje poisteného/poškodeného

Meno a priezvisko:	Rodné číslo:	Telefón:
Adresa:	PSC:	E-mail (pre urýchlenie spracovania PU):
Zamestnávateľ a druh povolania:		
V prípade neploletého poisteného/jej uvedte meno, priezvisko a adresu zákonného zástupcu:		

Údaje o poistnej udalosti

Dátum vykonania chirurgického zákroku:	Druh vykonaného chirurgického zákroku (Diagnóza ochorenia/úrazu, v dôsledku ktorého bol vykonaný chirurgický zákrok.)
Kedy sa objavili prvé príznaky ochorenia, ktoré bolo dôvodom chirurgického zákroku?	Kedy ste vyhľadali prvé lekárske ošetrenie z dôvodu príznakov ochorenia?
Boli ste v minulosti hospitalizovaný/á alebo ambulantne liečený/á v súvislosti s ochorením, ktoré bolo dôvodom vykonania chirurgického zákroku? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Ak áno, uvedte kedy?	
Bola Vám v priebehu troch rokov vykonaná preventívna prehliadka v zmysle zákona 577/2004 Z.z. v znení neskorších predpisov? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Ak áno, uvedte kedy?	
Meno a adresa Vášho praktického lekára:	

Výplata poistného plnenia

Poistné plnenie žiadam zaslať na bankový účet (IBAN):

Ak nebude uvedený bankový účet, prípadné poistné plnenie bude zaslané poštovým poukazom na adresu trvalého bydliska.

Prehlásenie poisteného (resp. zákonného zástupcu)

Prehlasujem, že všetky vyplnené údaje sú úplné a pravdivé a som si vedomý/á dôsledkov nesprávnych odpovedí na povinnosť poist'ovateľa plniť. Súhlasím, aby poist'ovateľ spracúval údaje týkajúce sa môjho zdravia, resp. údaje týkajúce sa zdravia osoby, ktorej som zákonným zástupcom, nevyhnutných k šetreniu poistnej udalosti. Súhlas so spracovaním údajov týkajúcich sa zdravia zahŕňa aj získavanie týchto údajov od lekárov, ústavov, zdravotníckych zariadení, zdravotných poisťovní, Sociálnej poisťovne a ďalších subjektov, ktoré spracúvajú údaje o zdravotnom stave fyzických osôb v súlade s osobitnými predpismi, vrátane nazerania do spisov, vyhotovenie si ich výpisov, odpisov, fotokópií, pričom uvedené subjekty týmto súčasne oprávňujem/splnomocňujem, aby poist'ovateľovi tieto údaje, informácie a dokumenty poskytli.

Beriem na vedomie, že poist'ovateľ je oprávnený spracúvať osobné údaje dotknutých osôb v zmysle platného zákona o ochrane osobných údajov. Zástupca poisteného/žiadateľ o poistné plnenie udeľuje týmto poisťiteľovi súhlas na spracovanie osobných údajov na účely plnenia zmluvných a zákonných práv a povinností poisťiteľa na dobu nevyhnutne potrebnú na zabezpečenie práv a povinností vyplývajúcich z poistnej zmluvy a na dobu vyplývajúcu zo všeobecne záväzných právnych predpisov. Zároveň udeľuje súhlas s vykonávaním cezhraničného prenosu poskytnutých osobných údajov do členských štátov Európskej únie a tiež do tretích krajín

Na dôkaz súhlasu pripájam svoj podpis.

V dňa

Meno, priezvisko a podpis poisteného (resp. zákonného zástupcu)