

## OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI HOSPITALIZÁCIA Z DÔVODU CHOROBY

číslo hlásenia

### Pokyny pre poisteného:

1. K presne a dôsledne vyplnenému tlačivu je potrebné doložiť fotokópiu prepúšťacej správy z nemocnice.
2. 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:	PSČ:	E-mail (pre urýchlenie spracovania PU):
Zamestnávateľ a druh povolania:		
V prípade neploletého poisteného/ej uveďte meno, priezvisko a adresu zákonného zástupcu:		
Údaje o poistnej udalosti		
Dátum začiatku hospitalizácie:	Dátum ukončenia hospitalizácie:	
Kedy sa objavili prvé príznaky ochorenia, ktoré bolo dôvodom hospitalizácie?	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 hospitalizácie? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie   Ak áno, uveďte kedy?		
Meno a adresa Vášho praktického lekára:		
Výplata poistného plnenia		
Poistné plnenie žiadam zasláť 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)		
<p>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.</p> <p>Na dôkaz súhlasu pripájam svoj podpis.</p>		
V ..... dňa .....		
Meno, priezvisko a podpis poisteného (resp. zákonného zástupcu)		