

OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI

- DENNÉ ODŠKODNÉ
 HOSPITALIZÁCIA Z DÔVODU ÚRAZU
 ÚRAZ SO ZRÝCHLENÝM PLNENÍM

číslo hlásenia

Pokyny pre poisteného:

1. K presne a dôsledne vyplnenému tlačivu je potrebné doložiť fotokópiu kompletnej zdravotnej dokumentácie z celého priebehu liečby, vrátane prvého ošetrenia daného úrazu a fotokópiu pracovnej neschopnosti (ak bola vystavená).
2. Pri hlásení hospitalizácie následkom úrazu je nevyhnutné priložiť fotokópiu prepúšťacej správy z nemocnice.
3. Poist'ovateľ si vyhradzuje právo prešetriť nahlásenú poistnú udalosť.

Čísla všetkých poistných zmlúv, z ktorých si nárokuje 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 neplnoletého poisteného/ej uveďte meno, priezvisko a adresu zákonného zástupcu:		

Údaje o poistnej udalosti

Dátum úrazu:	Čas úrazu:	Miesto úrazu:
Spôsob a okolnosti vzniku úrazu:		
Poranené časti tela:	Bola poranená časť poškodená pred úrazom? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	Vaša dominantná ruka <input type="checkbox"/> pravá <input type="checkbox"/> ľavá
Kedy bolo poskytnuté prvé ošetrenie? Dňa: o hod.	Kto poskytol prvé ošetrenie? Meno lekára a názov zdravotníckeho zariadenia:	
Meno a adresa Vášho praktického lekára:		
Došlo k úrazu pri dopravnej nehode? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	Kto prípad vyšetroval? (Uveďte adresu PZ, prípadne doložte správu z polície):	Viedli ste motorové vozidlo v čase nehody? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Došlo k úrazu pri organizovanej športovej činnosti? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	Ste registrovaný/á v športovej organizácii? (Ak áno uveďte názov organizácie). <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	
Máte uzatvorenú profesionálnu zmluvu o športovej činnosti? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie		

Potvrdenie pracovnej neschopnosti mzdovej učtárne / Sociálnej poisťovne

Prebiehala liečba v pracovnej neschopnosti? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	Vdňa.....
Dĺžka pracovnej neschopnosti za uvedený úraz: Od: Do:	Pečiatka a podpis mzdovej učtárne / Sociálnej poisťovne

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 (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.

Na dôkaz súhlasu pripájam svoj podpis.

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