

OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI

- TRVALÉ NÁSLEDKY ÚRAZU
 TRVALÉ TELESNÉ POŠKODENIE

číslo hlásenia

Pokyny pre poisteného:

- K presne a dôsledne vyplnenému tlačivu je potrebné doložiť fotokópiu kompletnej zdravotnej dokumentácie z celého priebehu liečby daného úrazu, ale len v prípade, ak nebola doložená pri uplatnení nároku plnenia z iného poisteného rizika. Ak pribudla ďalšia zdravotná dokumentácia je nutné zaslať jej fotokópiu.
- V prípade, ak medzi poisťovňou a zdravotníckym zariadením/lekárom nie je uzatvorená zmluva, uhradte honorár za vypísanie tlačiva lekárovi. Prijatie sumy lekár potvrdí vystavením pokladničného dokladu. Jediným platným účtovným dokladom, potvrdzujúcim prijatie platby v hotovosti je pokladničný doklad z elektronickej/virtuálnej registračnej pokladnice v súlade s Novelou zákona č. 289/2008 Z.z. (max.5 EUR).
- Poisťovateľ 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 neploletého poisteného/jej uvedte 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 ošetrovanie? Dňa: / / hod.	Kto poskytol prvé ošetrovanie? Meno lekára a názov zdravotníckeho zariadenia:	
Meno a adresa Vášho ošetrojúceho lekára:		
Došlo k úrazu pri dopravnej nehode? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	Kto prípad vyšetroval? (Uvedte 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 uvedte 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		

Výplata poistného plnenia

Poistné plnenie žiadam zaslať na 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 poisťovateľa plniť. Súhlasím, aby poisťovateľ 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 poisťovateľovi tieto údaje, informácie a dokumenty poskytli. Beriem na vedomie, že poisťovateľ 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)

