

Oznámenie pobytu v nemocnici

Číslo poistnej udalosti:
Doručené:

Uved'te prosím čísla všetkých poistiek, ktorými ste v Allianz - Slovenskej poisťovni, a.s., poistený pre prípad pobytu v nemocnici:

Meno poisteného: Rodné číslo: Dátum narodenia:

Adresa zamestnávateľa: Zamestnanie:

Trvalé bydlisko: PSČ:

Telefón domov: Telefón do zamestnania:

Dátum nástupu do nemocnice:

Dôvod hospitalizácie:

Dátum prepustenia z nemocnice:

Predpokladaná doba pobytu /pokiaľ pobyt ešte trvá/:

Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia, v ktorom ste bol/a hospitalizovaný/á:

Potvrdenie nemocnice o Vašom pobyte je priložené k tomuto oznámeniu
 bude zaslané po skončení pobytu v nemocnici

Uplatňujem nárok na poistné plnenie za hospitalizáciu zo dňa:

Súhlasím s tým, aby si Allianz - Slovenská poisťovňa, a.s., vyžiadala všetku potrebnú zdravotnú dokumentáciu o mojom liečení a celkovom zdravotnom stave. Súčasne pozbavujem lekárov mlčanlivosti o všetkých skutočnostiach týkajúcich sa môjho zdravotného stavu.

Plnenie poukážte na adresu / účet:

„Poistený týmto dáva lekárovi výslovný písomný súhlas:

- s poskytnutím údajov o jeho zdravotnom stave Allianz - Slovenskej poisťovni, a. s.,

Poistený týmto dáva poisťovateľovi výslovný písomný súhlas:

- so spracovaním osobných údajov, ako aj osobitnej kategórie osobných údajov v informačnom systéme poisťovateľa v súvislosti s dojednaným poistením a so sprístupnením týchto údajov tretím osobám v súvislosti so správou poistenia, likvidáciou poistných udalostí a zaistením. Súhlas sa udeľuje na dobu do vysporiadania všetkých záväzkov vyplývajúcich z poistnej zmluvy,

- s tým, aby tretie osoby, ktorým poisťovateľ poskytol osobné údaje, spracovali osobné údaje v rozsahu a na účel vyplývajúci z ich právneho postavenia, maximálne po dobu esiatich rokov od ukončenia zmluvného vzťahu medzi poisťovateľom a poistníkom/poisteným, pričom ustanovenia osobitných právnych predpisov tým nie sú dotknuté,

- s tým, aby poisťovateľ vykonával cezhraničný prenos osobných údajov do ktorejkoľvek z krajín EÚ, krajín pridružených k EÚ, krajín patriacich do Európskeho hospodárskeho priestoru a do krajín, ktoré sú členskými štátmi OECD a ďalších krajín, a to aj v prípade, že nebudú splnené podmienky požadované zákonom na ochranu osobných údajov a kedy je potrebný osobitný súhlas dotknutej osoby,

- na získavanie osobných údajov kopírovaním, skenovaním alebo iných zaznamenávaním úradných dokladov na nosič informácií

Poistený je oprávnený tento súhlas odvolať s tým, že jeho účinky nastanú okamihom vysporiadania všetkých záväzkov vyplývajúcich z poistnej zmluvy.“

V dňa

Podpis poisteného (jeho zákonného zástupcu, poistníka, prípadne oprávnenej osoby)