

# Hlásenie poistnej udalosti

## chirurgický zákrok

### Pokyny pre poisteného:

- Hlásenie poistnej udalosti vyplní klient. K správne vyplnenému tlačivu Hlásenie poistnej udalosti je potrebné doložiť potvrdenú fotokópiu prepúšťacej správy z hospitalizácie, kde bol chirurgický zákrok vykonaný, resp. správu o chirurgickom zákroku, ak poistený nebol hospitalizovaný, s dátumom vykonania chirurgického zákroku s histologickým nálezom, ak bol histologický nález počas/po zákroku indikovaný a lekársku správu vyhotovenú ošetroujúcim lekárom s dátumom zistenia prvých príznakov ochorenia, s dátumom diagnostikovania ochorenia a uvedením príčiny vzniku ochorenia, resp. dátumom vzniku úrazu, pre ktorý bol indikovaný chirurgický zákrok, prípadne ďalšie doklady potrebné k ukončeniu likvidačného prešetovania.
- Odpovedzte, prosím, na všetky otázky. Ak na niektorú otázku neviete odpovedať, výslovne to uveďte.
- V prípade nedostatku miesta napíšte, prosím, odpoveď na čistý list a priložte ho k tomuto formuláru.

Uveďte, prosím, <b>čísla všetkých poistných zmlúv</b> , ktorými ste v Allianz – Slovenskej poisťovni, a. s. poistený pre riziko chirurgického zákroku (z ktorých si uplatňujete nárok na poistné plnenie za oznamovanú udalosť):		
<b>Meno poisteného:</b>	Rodné číslo:	/ Dátum narodenia:
Adresa zamestnávateľa / vlastnej firmy:		Zamestnanie:
Trvalé bydlisko:	PSČ:	Pošta:
Telef. kontakt domov:	Telef. kontakt do zamestnania:	E-mail:
<b>Meno a adresa lekára</b> , v evidencii ktorého máte zdravotnú kartu:		
<b>Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia, kde bol vykonaný chirurgický zákrok:</b>		
Dátum nástupu do zdravotníckeho zariadenia:	Dátum prepustenia zo zdravotníckeho zariadenia:	
Dôvod chirurgického zákroku	<input type="checkbox"/> ÚRAZ	<input type="checkbox"/> OCHORENIE <input type="checkbox"/> TEHOTENSTVO
<b>Tento odsek vyplňte, prosím, len ak bol chirurgický zákrok indikovaný v dôsledku úrazu:</b>		
Úraz nastal dňa:	o hod., miesto	vplyvom alkoholu, drog, omamných či toxických látok
Popíšte súvisle okolnosti – ako došlo k úrazu, s uvedením, ktorá časť tela bola poranená: <span style="float: right;">áno nie</span>		
Bola poranená časť tela postihnutá už pred týmto úrazom? Ak áno, popíšte ako?		
Popíšte <b>subjektívne ťažkosti</b> :		
<b>Adresa zdravotníckeho zariadenia</b> , ktoré poskytlo <b>prvé ošetrenie a kedy</b> :		
<b>Adresa zdravotníckeho zariadenia</b> , kde ste sa <b>následne liečili</b> :		
<b>Vyšetřovala prípad polícia?</b> Ak áno, uveďte adresu útvaru, ktorý prípad vyšetřoval, meno vyšetřovateľa, ak viete, uveďte aj telef. kontakt, prípadne aj číslo vyšetřovacieho spisu:		
Stal sa úraz pri športe alebo inej telovýchovnej aktivite?	Aký šport vykonávate?	Ste registrovaný športovec?
Áno, v akom športe a s ktorou organizáciou?		áno nie
<b>Tento odsek vyplňte, prosím, len ak bol chirurgický zákrok indikovaný v dôsledku ochorenia:</b>		
Kedy ste v súvislosti s ochorením, pre ktoré bol indikovaný chirurgický zákrok prvý raz navštívili lekára:		
Kedy boli u Vás zistené prvýkrát príznaky ochorenia?		
<b>Uveďte diagnózu:</b>		
Uveďte meno a adresu lekára, ktorý diagnózu stanovil:		
Popíšte <b>subjektívne ťažkosti</b> :		
Liečili ste sa v minulosti na uvedené ochorenie? Ak áno, uveďte kedy a kde:		
<p>Vyhlasujem, že všetky moje odpovede na písomné otázky poisťovateľa týkajúce sa hlásenej poistnej udalosti sú úplné a pravdivé, že som na uplatnenie nároku v Allianz – Slovenskej poisťovni, a. s. vyplnil len jedno Hlásenie poistnej udalosti, ktoré predkladám a že som si vedomý dôsledkov nesprávnych odpovedí na povinnosť poisťovne plniť. Vyhlasujem, že súhlasím s tým, aby si poisťovateľ zisťoval a prešetroval môj zdravotný stav u všetkých lekárov, v zdravotníckych zariadeniach a zariadeniach poskytujúcich zdravotnú starostlivosť, v ktorých som sa liečil(a), liečim alebo budem liečiť. Splnomocňujem lekára, zdravotnícke zariadenia a zaradenia poskytujúce zdravotnú starostlivosť k vyhotoveniu lekárskej správy, výpisov zo zdravotníckej dokumentácie či jej zapožičaniu za účelom prípadných zmien poistnej zmluvy a pre vybavovanie poistných udalostí i na dobu po mojej smrti. Zároveň zbavujem povinnosť zachovávať mlčanlivosť voči poisťovateľovi všetkých lekárov, ktorí ma liečili alebo s ktorými som konzultoval(a) svoj zdravotný stav.</p> <p>„Poisťník aj poistený, resp. v prípade úmrtia poisteného v dôsledku úrazu oprávnená, -é osoba, -y berieme na vedomie, že osobné údaje nachádzajúce sa na tomto tlačíve sme poisťovateľovi povinní poskytnúť v zmysle platného zákona o poisťovníctve, a že budú spracované v informačnom systéme poisťovateľa. Zároveň berieme na vedomie, že poisťovateľ je oprávnený v súlade so zákonom č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov získať uvedené osobné údaje kopírovaním, skenovaním, alebo iným zaznamenávaním na nosič informácií. Zároveň dávame poisťovateľovi súhlas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- s poskytnutím osobných údajov tretím osobám v súvislosti so správou poistenia, likvidáciou poistných udalostí, vymáhaním pohľadávok, zaistovníam na účely zaistenia a peňažným ústavom za účelom vinkulácie,</li> <li>- s cezhraničným prenosom osobných údajov, vykonávaným na účely správy poistenia a na účely likvidácie poistných udalostí do krajín, ktoré zaručujú primeranú úroveň ochrany osobných údajov ako aj do krajín, ktoré nezaručujú primeranú úroveň ochrany osobných údajov.</li> </ul> <p>Súhlas sa udeľuje na dobu do vysporiadania všetkých záväzkov vyplývajúcich z poistnej zmluvy. Poisťník aj poistený, resp. v prípade úmrtia poisteného v dôsledku úrazu oprávnená, -é osoba, -y sú oprávnení tento súhlas odvolať s tým, že jeho účinky nastanú okamihom vysporiadania všetkých záväzkov vyplývajúcich z poistnej zmluvy, pričom povinnosť vyplývajúca z osobitných predpisov tým nie sú dotknuté (napríklad zákon o archívnictve). V prípade, že má poisťovateľ podľa zákona o ochrane osobných údajov oznamovaciu povinnosť voči klientovi, táto oznamovacia povinnosť môže byť splnená aj tak, že sa daný oznam uverejní aj na príslušnej internetovej stránke poisťovateľa.“</p>		
Uplatňujem si nárok na plnenie a k svojej žiadosti príkladám <input type="checkbox"/> kusov dokladov:		
<b>Plnenie poukážte na adresu / účet:</b>		
V	dňa	<b>Podpis poisteného</b> (jeho zákonného zástupcu, poisťníka, prípadne oprávnenej osoby)
Pre interné potreby poisťovateľa		

