

Potvrdenie pobytu v nemocnici

UPOZORNENIE: Bez priloženej kópie lekárskej prepúšťacej správy, nie je možné pristúpiť k šetreniu hlásenej udalosti!

A. Vyplňuje poistený:

Titul, meno, priezvisko poisteného:		Číslo poistnej zmluvy:	
Rodné číslo:			
Adresa poisteného:		Kontakt: telefón/mail:	
Adresa zamestnávateľa:		Zamestnanie:	
Deň príchodu do nemocnice:	Prijatý na oddelenie:	Deň prepustenia z nemocnice:	
Názov a adresa zariadenia + meno lekára, ktorý odporučil hospitalizáciu:			
Indikovaná diagnóza pre hospitalizáciu:			
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia, v ktorom ste bol/a hospitalizovaný/á:			
Plnenie poukážte na číslo účtu:		Plnenie poukážte na adresu:	
Vyhlasenie: Vyhlasujem, že som všetky otázky zodpovedal(a) pravdivo a úplne, že som k hláseniu úrazu vyplnil(a) pre Generali Slovensko poisťovňu, a. s., len toto oznámenie a že som si vedomý(á) dôsledkov nesprávnych odpovedí na povinnosť poisťovateľa plniť. <u>Súhlasím</u> , aby si Generali Slovensko poisťovňa, a. s., vyžiadala všetku potrebnú zdravotnícku dokumentáciu a získala od lekárov informácie o mojom liečení a zdravotnom stave pre potreby šetrenia poistnej udalosti. Podpísaný vyhlasuje, že súhlasí v zmysle zákona č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov v platnom znení so spracúvaním, poskytnutím, sprístupnením, cezhraničným tokom svojich osobných údajov v poskytnutom rozsahu a za účelom výkonu činností, ktoré sú predmetom podnikania Generali Slovensko poisťovne, a. s., ako aj iným subjektom patriacim do skupiny Slovenskej asociácie poisťovní, Slovenskej kancelárie poisťovateľov, ako aj zmluvným partnerom a iným oprávneným subjektom, a to i mimo územia Slovenskej republiky v súvislosti s uplatnením práv a povinností vyplývajúcich z poistného vzťahu. Krajinou cezhraničného toku je Česká republika, ako aj iné štáty v súvislosti s uplatnením práv a povinností vyplývajúcich z poistného vzťahu. V zmysle § 7 ods. 5 cit. zákona podpísaný vyhlasuje, že osobné údaje o iných osobách uviedol na tomto tlačive s ich súhlasom a súčasne vyhlasuje, že bol oboznámený so skutočnosťami vyplývajúcimi z § 10 ods. 1 zákona č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov v platnom znení.			
V		dňa.....	
	 podpis poisteného (alebo jeho zákonného zástupcu)	