

HLÁSENIE POISTNEJ UDALOSTI

PROGRAM POISTENIA PRAVIDELNÝCH PLATIEB / POISTENIE FAKTÚRY

POISTNÁ ZMLUVA ČÍSLO: 080001003

Odpovedzte, prosím, na všetky otázky. Ak na niektorú otázku neviete odpovedať, výslovne to uveďte, príp. nás kontaktujte na telef. číse 0800 122 222. V prípade nedostatku miesta napíšte, prosím, odpoveď na čistý list a priložte ho k tomuto formuláru.

1. VYPLŇTE - VŽDY

Meno a priezvisko poisteného:

Dátum narodenia: Rodné číslo: /

Telefonický kontakt: e-mailová adresa:

Adresa trvalého bydliska:

Mesto, obec: Ulica, číslo domu: PSČ:

Adresa prechodného bydliska, korešpondenčná adresa:

Mesto, obec: Ulica, číslo domu: PSČ:

Názov a adresa zamestnávateľa / vlastnej firmy:

Zamestnanie:

Meno a adresa lekára, v evidencii ktorého máte zdravotnú kartu:

V prípade úrazu: vyšetrovala prípad polícia? Ak áno, uveďte: adresu policajného oddelenia, meno vyšetrovateľa, tel.:

Popíšte súvisle okolnosti – ako došlo k úrazu:

2. VYPLŇTE V PRÍPADE – PRACOVNÁ NESCHOPNOSŤ

Kedy ste v súvislosti s ochorením / úrazom, pre ktoré si nárokuje plnenie, prvýkrát navštívili lekára:

Kto a kedy vystavil doklad o PN:

Číslo PN:

Uveďte diagnózu, meno a adresu lekára, ktorý ju stanovil:

Liečili ste sa v minulosti na uvedené ochorenie? Ak áno, kedy a kde:

Meno a adresa lekára, kde ste sa liečili:

Meno a adresa lekára, ku ktorému chodíte na kontrolu:

Uveďte adresu, kde sa počas PN zdržujete:

Máte lekárom povolené vychádzky? Ak áno, kedy a kde:

3. VYPLŇTE V PRÍPADE - INVALIDITA

Kedy ste boli uznaný invalidným - uveďte dátum priznania invalidného dôchodku:
Aké % poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť v porovnaní so zdravou osobou Vám bolo priznané? (uvedené v Rozhodnutí o priznaní invalidného dôchodku):

Označte príčinu invalidity : ochorenie úraz

Uveďte diagnózu, pre ktorú ste boli uznaný invalidným:

Liečili ste sa v minulosti na uvedené ochorenie / úraz? Ak áno, kedy a kde:

Meno a adresa lekára, ku ktorému chodíte na kontrolu:

4. VYPLŇTE V PRÍPADE - NEZAMESTNANOSŤ

Uveďte údaje o poslednom zamestnávateľovi (názov, adresa, telefón):

Pracovný pomer (od roku) : Dátum skončenia pracovného pomeru (deň, mesiac, rok):

Dôvod skončenia pracovného pomeru:

Dátum od ktorého ste registrovaný(á) na úrade práce ako evidovaný(á) nezamestnaný(á):

Ste vedený(á) v evidencii uchádzačov o zamestnanie? Áno Nie

5. VYPLŇTE V PRÍPADE - HOSPITALIZÁCIA NÁSLEDKOM ÚRAZU

Úraz nastal dňa: o hod., miesto

Ktorá časť tela bola poranená:

Bola poranená časť tela postihnutá už pred týmto úrazom? Ak áno, popíšte ako:

Trvanie hospitalizácie (od - do):

Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia, kde ste boli hospitalizovaný (á):

Vyhlasujem, že všetky moje odpovede na písomné otázky poisťovateľa týkajúce sa hlásenej poisťnej udalosti sú úplné a pravdivé, že som na uplatnenie nároku v Allianz - Slovenskej poisťovni, a. s. vyplnil len jedno Hlásenie poisťnej udalosti, ktoré predkladám a že som si vedomý dôsledkov nesprávnych odpovedí na povinnosť poisťovateľa 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 zariadenia poskytujúce zdravotnú starostlivosť k vyhotoveniu lekárskeho správ, výpisov zo zdravotníckej dokumentácie či jej zapožičaniu za účelom prípadných zmien poisťnej zmluvy a pre vybavovanie poisťných udalostí i na dobu po mojej smrti. Zároveň zbavujem povinnosti zachovávať mlčanlivosť voči poisťovateľovi všetkých lekárov, ktorí ma liečili alebo s ktorými som konzultoval(a) svoj zdravotný stav.

Taktiež vyhlasujem, že súhlasím s tým, aby si poisťovateľ vyžiadal fotokópiu pracovnej neschopnosti vzťahujúcej sa k poisťnej udalosti (ak ju neprikladám teraz) na príslušnej pobočke Sociálnej poisťovne a potvrdenie výšky nemocenských dávok od príslušnej Sociálnej poisťovne, resp. od môjho zamestnávateľa.

Poistník aj poistený, resp. v prípade úmrtia poisteného v dôsledku úrazu oprávnená,-é osoba,-y berieme na vedomie, že osobné údaje nachádzajúce sa na tomto tlačive sme poisťovateľovi povinní poskytnúť a umožniť získať kopírovaním, skenovaním alebo iným zaznamenávaním na nosič informácií v zmysle platného zákona o poisťovníctve, a že tieto údaje budú spracúvané v informačnom systéme poisťovateľa. Zároveň dávame poisťovateľovi súhlas: s poskytnutím osobných údajov tretím osobám v súvislosti so správou poistenia a likvidáciou poistných udalostí.

Súhlas sa udeľuje na dobu do vysporiadania všetkých záväzkov vyplývajúcich z poistnej zmluvy. Poistník 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 povinnosti vyplývajúce 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 internetovej stránke poisťovateľa.

6. VYPLŇTE - VŽDY

UPLATŇUJEM SI NÁROK NA PLNENIE A K SVOJEJ ŽIADOSTI PRIKLADÁM KUSOV DOKLADOV.

PLNENIE POUKÁŽTE NA ADRESU / ÚČET:

V

DŇA

PODPIS POISTENÉHO