

Názov a kód Vašej zdravotnej poisťovne v SR: _____

Máte uzatvorené nejaké ďalšie poistenie, ktoré kryje vzniknutú udalosť? ÁNO NIE

Ak áno, prosíme, vyplňte nasledujúce údaje: _____

Názov poisťovne: _____ Číslo poisťky: _____

Adresa poisťovne: _____

Ak ste držiteľom bankovej karty, prosíme, uveďte Typ bankovej karty (napr. VISA, MasterCard a i.): _____

Číslo bankovej karty _____ Vydaná bankou: _____

Bankové údaje pre zaslanie sumy poistného plnenia: _____

Názov banky: _____

Číslo účtu: _____ Kód banky: _____

Vyhlasenia poisteného / osoby uplatňujúcej si nárok na poistné plnenie:

Vyhlasujem, že som všetky otázky uvedené v tomto hlásení zodpovedal pravdivo a úplne a som si vedomý, že nesprávne a nepravdivé údaje oprávňujú poisťovateľa znížiť poistné plnenie. Som si vedomý/á toho, že uplatnenie nároku týmto poistným hlásením nezakladá automaticky právo na výplatu plnenia z poistnej zmluvy.

Beriem na vedomie, že poisťovateľ spracúva osobné údaje („OÚ“) na základe zákona o poisťovníctve v platnom znení („ZP“). Ako poistený som povinný poskytnúť poisťovateľovi OÚ uvedené v tomto dokumente alebo neskôr požadované poisťovateľom. Súčasne týmto ako poistený dávam poisťovateľovi súhlas na spracúvanie OÚ uvedených v tomto dokumente alebo neskôr poskytnutých poisťovateľovi, na marketingové účely (t.j. za účelom propagácie značky, produktov a/alebo služieb poisťovateľa), a to na dobu spracúvania OÚ na základe ZP; tento súhlas možno kedykoľvek písomne odvolať. Právnym základom spracúvania mojich OÚ na marketingové účely je môj súhlas. Informačné povinnosti vyplývajúce poisťovateľovi z § 15 ods. 1 zákona o ochrane osobných údajov v platnom znení („ZOOÚ“) sú splnené poisťovateľom uverejnením potrebných údajov na webovom sídle poisťovateľa (www.metlife.sk). Ako poistený súhlasím s tým, že všetky informačné povinnosti vyplývajúce zo ZOOÚ, vrátane povinnosti podľa § 8 ods. 6 ZOOÚ, môžu byť splnené poisťovateľom aj uverejnením potrebných údajov na webovom sídle poisťovateľa, a to v lehote/ách uvedenej/ých v ZOOÚ, pokiaľ ZOOÚ výslovne nevyžaduje písomnú formu takéhoto oznámenia. Zaväzujem sa poisťovateľovi bezodkladne oznámiť každú zmenu OÚ. Osobné údaje iných dotknutých osôb som poskytol v súlade so ZOOÚ. V prípade vyšetrovania poistnej/škodovej udalosti orgánmi činnými v trestnom konaní splnomocňujem poisťovateľa k nahliadnutiu do vyšetrovacieho spisu v zmysle príslušných ustanovení Trestného poriadku v platnom znení alebo príslušných ustanovení zákona o správnom konaní v platnom znení, týkajúceho sa vyššie uvedenej poistnej / škodovej udalosti a k vyhotovovaniu výpisov, odpisov a kópií z tohto spisu (ďalej len „údaje týkajúce sa škodovej udalosti“).

Týmto sa zaväzujem, že v prípade požiadavky poisťovateľa bezodkladne poisťovateľa splnomocním s úradne overeným podpisom na sprístupnenie údajov zo zdravotnej dokumentácie osoby (ďalej len ako „údaje zdravotnej dokumentácie“), ktorej sa poistná/škodová udalosť týka a to v rozsahu požadovanom poisťovateľom a vo forme požadovanej zákonom o zdravotnej starostlivosti v platnom znení.

Týmto súhlasím s poistením podľa Poistnej zmluvy č.: _____

Dátum: _____	Vlastnoručný podpis poisteného/osoby uplatňujúcej nárok na poistné plnenie:
Meno poisteného/osoby uplatňujúcej nárok na poistné plnenie (vyplňte tlačným písmom): _____	_____

Vyplnené oznámenie poistnej udalosti, vrátane originálov uhradených účtov za lieky a ošetrovanie, dokladu o poistení, cestovnej zmluvy a prípadne policajnej správy zašlite, prosíme, na adresu: Europ Assistance s.r.o. – P. O. Box 385, 810 00 Bratislava