

**OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI**

MetLife Europe Insurance d.a.c., pobočka poisťovne z iného členského štátu, sídlo: Pribinova 10, 811 09 Bratislava, Slovenská republika, právna forma: organizačná zložka podniku zahraničnej osoby, IČO: 47 257 105, zapísaná v obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, Oddiel: Po, Vložka č.: 2699/B organizačná zložka MetLife Europe Insurance designated activity company, sídlo: Lower Hatch Street, On Hatch 20, Dublin, Írsko, zapísaná v Írskom Registri Spoločností v Dubline pod č. 415123

**LIEČEBNÉ NÁKLADY**

Číslo poistnej udalosti: (vyplní asistenčná centrála)

<b>Meno:</b>	<b>Kontaktná poštová adresa:</b>		
<b>Priezvisko:</b>			
<b>Rodné číslo:</b>			
<b>Dátum narodenia:</b>			
<b>Kontaktný telefón:</b>	<b>E-mail:</b>		
<b>Číslo poistky:</b>	<b>Destinácia:</b>		
<b>Platnosť od:</b>	<b>Cestovná kancelária:</b>		
<b>Platnosť do:</b>	<b>Pobyt od - do:</b>		
<b>Dátum uzatvorenia:</b>	<b>Účel cesty:</b>		
<b>Dátum udalosti:</b>	<b>Bola informovaná asistenčná centrála?</b> áno / nie		
<b>Miesto udalosti:</b>	<b>Ak nie, uveďte dôvod:</b>		
<b>Dátum ošetrenia:</b>			
<b>Opište okolnosti, pre ktoré ste boli nútený/á vyhľadať lekárske ošetrenie, uveďte, o aké ochorenie išlo a aká bola stanovená diagnóza:</b>			
<b>Vyskytlo sa u Vás ochorenie, pre ktoré ste boli ošetrený/á v zahraničí už skôr?</b> áno / nie			
<b>Meno, adresa, telefón Vášho praktického lekára v SR:</b>			
<b>Meno, adresa, telefón Vášho lekára – špecialistu v SR (chirurg, internista, gynekológ, stomatológ a pod.):</b>			
<b>Špecifikácia nákladov spojených s poistnou udalosťou</b>			
<b>Dátum</b>	<b>Špecifikácia nákladov</b>	<b>Suma a mena</b>	<b>Uhradené na mieste?</b>

<b>Názov a kód Vašej zdravotnej poisťovne v SR:</b>			
<b>Máte uzatvorené nejaké ďalšie poistenie, ktoré kryje vzniknutú udalosť?</b>			áno / nie
<b>Ak áno, prosíme, vyplňte nasledujúce údaje:</b>			
<b>Názov poisťovne:</b>		<b>Číslo poisťky:</b>	
<b>Adresa poisťovne:</b>			
<b>Ak ste držiteľom bankovej karty, prosíme, uveďte Typ bankovej karty (napr. VISA, MasterCard a i.):</b>			
<b>Číslo bankovej karty:</b>			
<b>Vydaná bankou:</b>			
<b>Bankové údaje pre zaslanie sumy poistného plnenia:</b>			
<b>Názov banky:</b>			
<b>Číslo účtu:</b>		<b>Kód banky:</b>	
<b>Vyhlasenia poisteného / osoby uplatňujúcej si nárok na poistné plnenie:</b>			
<p>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.</p> <p>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“).</p> <p>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.</p>			
<b>Týmto súhlasím s poistením podľa Poistnej zmluvy č.:</b>			
<b>Dátum:</b>	<b>Meno poisteného/osoby uplatňujúcej nárok na poistné plnenie (vyplňte tlačným písmom):</b>	<b>Vlastnoručný podpis poisteného/osoby uplatňujúcej nárok na poistné plnenie:</b>	
<b>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</b>			