

OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI

LIEČEBNÉ NÁKLADY

Číslo poistnej udalosti (vyplní asistenčná centrála): _____

Meno: _____ Priezvisko: _____

Kontaktná poštová adresa: _____

Rodné číslo: _____ Dátum narodenia: _____

Kontaktný telefón: _____ E-mail: _____

Číslo poistky: _____ Destinácia: _____

Platnosť od: _____ Cestovná kancelária: _____

Platnosť do: _____ Pobyt od - do: _____

Dátum uzatvorenia: _____ Účel cesty: _____

Dátum udalosti: _____ Bola informovaná asistenčná centrála? ÁNO NIE

Miesto udalosti: _____ Ak nie, uveďte dôvod: _____

Dátum ošetrovania: _____

Opíšte okolnosti, pre ktoré ste boli nútený/á vyhľadať lekárske ošetrovanie, uveďte, o aké ochorenie išlo a aká bola stanovená diagnóza:

Vyskytlo sa u Vás ochorenie, pre ktoré ste boli ošetrovaný/á v zahraničí už skôr? ÁNO NIE

Meno, adresa, telefón Vášho praktického lekára v SR: _____

Meno, adresa, telefón Vášho lekára – špecialistu v SR (chirurg, internista, gynekológ, stomatólog a pod.): _____

Špecifikácia nákladov spojených s poistnou udalosťou			
Dátum	Špecifikácia nákladov	Suma a mena	Uhradené na mieste?

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: _____

Vyhľadania 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 č. 39/2015 Z.z. o poisťovníctve v platnom znení, ktorý je právnym základom spracúvania OÚ. Poistený je povinný poskytnúť poisťovateľovi OÚ uvedené v tomto dokumente alebo neskôr požadované poisťovateľom. Neposkytnutie takýchto OÚ poisťovateľovi môže mať za následok nemožnosť výplaty poistného plnenia osobám určeným v tomto tlačíve. Informačné povinnosti vyplývajúce poisťovateľovi z Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov („GDPR“) a zákona č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov („ZOOÚ“) sú splnené poisťovateľom uverejnením potrebných údajov na webovom sídle poisťovateľa www.metlife.sk, v časti Služby pre vás/Informácie pre klientov. Poistený berie na vedomie a súhlasí s tým, že všetky informačné povinnosti vyplývajúce poisťovateľovi z GDPR a ZOOÚ, môžu byť splnené poisťovateľom aj uverejnením potrebných údajov na webovom sídle poisťovateľa www.metlife.sk, v časti Služby pre vás/Informácie pre klientov. Poistený sa zaväzuje poisťovateľovi bezodkladne oznámiť každú zmenu OÚ. Poistený vyhlasuje, že osobné údaje iných dotknutých osôb poskytol v súlade s GDPR a ZOOÚ a disponuje písomným súhlasom každej takejto dotknutej osoby s poskytnutím alebo sprístupnením jej osobných údajov poisťovateľovi, pričom táto bola resp. bude v lehote vyžadovanej GDPR oboznámená s informáciami o spracúvaní jej OÚ uvedenými na webovom sídle poisťovateľa. Súhlas vie poistený v prípade potreby poisťovateľovi preukázať.

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

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: 47 257 091, zapísaná v obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, Oddiel: Po, Vložka č.: 2698/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. 472350 (ďalej aj „poisťovateľ“).

Informácie o spracúvaní a ochrane osobných údajov sú uverejnené na webovom sídle poisťovateľa www.metlife.sk v časti Služby pre vás/Informácie pre klientov.