

POISTNÉ HLÁSENIE – POISTENIE FAKTÚR / POISTENIE SPLÁTOK

Vyhlásenie osoby uplatňujúcej si nárok.

Odpovedzte na všetky otázky v tomto Poistnom hlásení. Ak na niektorú otázku neviete odpovedať, výslovne to uveďte. V prípade nedostatku miesta, napíšte prosím na čistý list papiera a priložte ho k formuláru. Vyplnené Poistné hlásenie spolu so všetkými lekáorskými správami a ostatnými dokumentami týkajúcimi sa Poistného hlásenia doručte čo najskôr poisťovateľovi.

ČASŤ A: Vyplňte v každom prípade

Meno a priezvisko poisteného:	Dátum narodenia:	Rodné číslo:
-------------------------------	------------------	--------------

Adresa trvalého bydliska:

Mesto, obec:	Ulica, číslo domu:	PSC
--------------	--------------------	-----

Adresa prechodného bydliska, korešpondenčná adresa:

Mesto, obec:	Ulica, číslo domu:	PSC
--------------	--------------------	-----

Posledné zamestnanie poisteného, názov zamestnávateľa:

Pracovná pozícia, popis pracovnej činnosti poisteného:

Vyberte jednu z nasledovných možností a doplňte názov spoločnosti, ku ktorej sa vzťahuje nasledovný poistný produkt:

Poistenie splátok, spoločnosť:	
Poistenie faktúr, spoločnosť:	

Meno a presná adresa posledného ošetrojúceho lekára, ktorý má v držaní zdravotnú dokumentáciu:

Bola udalosť, ktorá je predmetom poistného hlásenia vyšetrowaná políciou?

Adresa policajného oddelenia:	Meno vyšetrowateľa, telefón:
-------------------------------	------------------------------

Je / bol poistený práceneschopný v súvislosti s poistným hlásením?

Od – do:	Dôvod práceneschopnosti:
----------	--------------------------

Je / bol poistený v súvislosti s poistným hlásením neschopný vykonávať zamestnanie?

<input type="button" value="Úplne"/> <input type="button" value="Čiastočne"/>	Od – do:	Dôvod:
---	----------	--------

Uveďte dátum lekáorských vyšetrení týkajúcich sa zdravotného stavu poisteného súvisiaceho s poistným hlásením a mená, adresy ošetrojúcich lekárov:

Dátum:	Vyšetrenie:
--------	-------------

Meno ošetrojúceho lekára, adresa, telefón:

Bol poistený hospitalizovaný v súvislosti s poistným hlásením?

Od – do:	Dôvod hospitalizácie:
----------	-----------------------

Adresa zdravotníckeho zariadenia:

Navštívil poistený v posledných troch rokoch lekára?

Dátum:	Dôvod:
--------	--------

Meno lekára, adresa zdravotníckeho zariadenia:

Výška poisteného v cm: cm Váha poisteného v kg: kg

ČASŤ B: Vyplňte v prípade poistného hlásenia z dôvodu úrazu

Aké zranenie utrpel poistený v dôsledku úrazu? Popíšte typ zranení a ich rozsah.

Kedy a kde došlo k úrazu a za akých okolností? Uveďte podrobný popis.

ČASŤ C: Vyplňte v prípade poistného hlásenia z dôvodu choroby

Choroba, stručný popis:

Dátum kedy nastala choroba, prvé príznaky: Dátum kedy poistený z dôvodu tejto choroby prvýkrát navštívil lekára:

Mal poistený už predtým zdravotné problémy súvisiace s chorobou, ktorá je predmetom poistného hlásenia?

ČASŤ D: Vyplňte v prípade poistného hlásenia z dôvodu straty zamestnania

Trvanie pracovného pomeru: Od Do

Pracovný pomer bol uzavretý na dobu (*nehodiace sa preškrtnite*) **Určitú** **Neurčitú**

Uvedte spôsob ukončenia pracovného pomeru (*nehodiace sa preškrtnite*): **Dohoda** **Výpoveď** **Okamžité skončenie**

Ak bol pracovný pomer skončený výpoveďou, uvedte dôvod:

Boli ste zaradený/á do evidencie uchádzačov o zamestnanie? Bola Vám priznaná dávka v nezamestnanosti alebo iná dávka sociálneho charakteru štátnej sociálnej podpory? **Áno** **Nie**

ČASŤ E: Vyplňte len v prípade úmrtia poisteného

Dátum a miesto úmrtia poisteného:

Príčina a okolnosti úmrtia:

Ak zomrel poistený v zdravotníckom zariadení, uvedte prosím:

Adresa zdravotníckeho zariadenia:

Meno ošetrojúceho lekára:

Vyplňte prosím aj časť B alebo časť C podľa príčiny úmrtia. Priložte: Notársky overenú kópiu rodného listu a úmrtného listu poisteného, kópiu Listu o prehliadke mŕtveho.

Predložením tohto Poistného hlásenia poisťovateľovi si uplatňujem nárok na poistné plnenie a vyhlasujem, že na všetky otázky v tomto Poistnom hlásení som odpovedal/a úplne a pravdivo podľa môjho najlepšieho vedomia a svedomia. Som si vedomý/á toho, že ak uvediem nepravdivé a/alebo neúplné informácie týkajúce sa splnenia podmienok na poskytnutie poistného plnenia, môžem byť vystavený/á trestnému stíhaniu za pokus o trestný čin poisťovacieho podvodu resp., za trestný čin poisťovacieho podvodu v zmysle príslušných ustanovení Trestného zákona v platnom znení. Som si vedomý/á toho, že uplatnenie nároku týmto Poistným hlásením nezakladá automaticky právo na výplatu poistného plnenia z poistnej zmluvy.

Týmto splnomocňujem každého lekára, nemocnicu, poisťovňu alebo osobu, ktorá disponuje informáciami o mojej osobe, o mojom zdraví a zdravotnom stave, aby poskytli poisťovateľovi informácie vzťahujúce sa k prekonaným chorobám, pobytom v nemocnici, lekárskeym alebo diagnostickým úkonom a liečeniam, ktoré by mohli slúžiť k posúdeniu udalosti, v súvislosti s ktorou si uplatňujem nárok na plnenie z poistenia a súhlasím so spracovaním údajov, ktoré poisťovateľ od týchto osôb obdrží. Zároveň týmto splnomocňujem spoločnosť Amslico poisťovňa – Alico, a.s. na vyžiadanie Lekárskej správy zo Sociálnej poisťovne alebo ktorejkoľvek jej pobočky za účelom prešetrenia nároku na poistné plnenie a súhlasím s poskytnutím údajov uvedených v tomto Poistnom hlásení Sociálnej poisťovni alebo ktorejkoľvek jej pobočke pre účely poskytnutia Lekárskej správy. Kópia tohto splnomocnenia má takú istú platnosť ako originál.

V zmysle zákona č.428/2002 Z.z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov ("zákon o ochrane osobných údajov") súhlasím s tým, aby spoločnosť Amslico poisťovňa – Alico, a.s. ("poisťovateľ") ako prevádzkovateľ informačného systému, priamo alebo nepriamo prostredníctvom svojich nezávislých zmluvných sprostredkovateľov, spracúval moje osobné údaje a/alebo iné údaje uvedené v tomto Poistnom hlásení vrátane osobných údajov a/alebo iných údajov („údaje“) dotknutých osôb uvedených v tomto hlásení, ktorých údaje poskytujem s ich súhlasom, ak sa takéto súhlas podľa zákona o ochrane osobných údajov vyžaduje, a to na účely hlásenia poistnej udalosti, likvidácie poistnej udalosti, poskytnutia poistného plnenia, na evidenčné a štatistické účely, a v prípade potreby zaistovníam pre účely zaistenia, s ktorými poisťovateľ má a/alebo bude mať uzavreté zaistné zmluvy ako aj na marketingové aktivity poisťovateľa; zároveň súhlasím, aby poisťovateľ poskytol spoločnosti uvedenej v časti A. Poistného hlásenia, s ktorou má poistený uzavretú príslušnú zmluvu o úvere resp. príslušnú zmluvu o pripojení na poskytovanie elektronických komunikačných služieb, podľa druhu poistného produktu uvedeného v časti A. tohto Poistného hlásenia informáciu o tom, že poisťovateľovi bola hlásená škodová udalosť poisteného uvedeného v tomto Poistnom hlásení ako aj informáciu o rozhodnutí poisťovateľa o vyplatení poistného plnenia z tejto poistnej udalosti príslušnej osobe. Súhlas platí po dobu 15 rokov odo dňa podpísania tohto Poistného hlásenia. Beriem na vedomie, že súhlas so spracovaním osobných údajov môžem odvolať v prípade, že poisťovateľ poruší povinnosti vyplývajúce zo zákona o ochrane osobných údajov, pričom súhlas so spracúvaním osobných údajov na marketingové účely môžem kedykoľvek písomne odvolať. Vyhlasujem, že som bol/bola riadne poučený/á o existencii práv dotknutej osoby v zmysle zákona o ochrane osobných údajov, a že sa ich môžem domáhať písomnou formou na adrese sídla poisťovateľa. Týmto zároveň potvrdzujem, že pred poskytnutím príslušných osobných údajov som bol/a oboznámený/á so všetkými skutočnosťami podľa § 10 ods.1 zákona o ochrane osobných údajov. Oznamovacie povinnosti o poverení sprostredkovateľa až po získaní osobných údajov a o prenose osobných údajov do tretej krajiny zaručujúcej primeranú úroveň ochrany sa považujú za splnené aj zverejnením potrebných údajov na internetovej stránke poisťovateľa (www.amslico.sk).

V: Dňa: Podpis osoby alebo zástupcu osoby* uplatňujúcej si nárok na poistné plnenie:

Prosím uvedte aj vzťah k poistenému: (napr: blízka osoba – manžel/ka, deti a pod.)

Nehodiace sa preškrtnite

*Ak ide o zástupcu, uvedte vzťah k osobe uplatňujúcej si nárok na poistné plnenie (napr. zákonný zástupca, splnomocnený zástupca).