

Potvrdenie pobytu v nemocnici

UPOZORNENIE: Priložte, prosím, kópiu prepúšťacej správy!

A. Vyplňuje poistený:

Titul, meno, priezvisko:	Číslo poisťovej zmluvy:
Rodné číslo:	
Adresa:	

B. Vyplňuje zdravotnícke zariadenie (nemocnica):

Meno, priezvisko pacienta:	Adresa pacienta	
Rodné číslo:		
Deň príchodu do nemocnice:	Prijatý na oddelenie:	Deň prepustenia z nemocnice:
Názov zariadenia a meno lekára, ktorý odporučil hospitalizáciu:		
Indikovaná diagnóza pre hospitalizáciu:		
Diagnóza pri hospitalizácii:		
Názov nemocnice:	Pečiatka nemocnice + podpis lekára:	
	Dátum vyhotovenia:	
Vyhlasenie: Vyhlasujem, že som všetky otázky zodpovedal(a) pravdivo a úplne, že som k hláseniu úrazu vyplnil(a) pre Generali Slovensko poisťovňu, a. s., len toto oznámenie a že som si vedomý(á) dôsledkov nesprávnych odpovedí na povinnosť poisťovateľa plniť. Súhlasím, aby si Generali Slovensko poisťovňa, a. s., vyžiadala všetku potrebnú zdravotnícku dokumentáciu o mojom liečení a zdravotnom stave pre potreby šetrenia poisťovej udalosti. Podpísaný vyhlasuje, že súhlasí v zmysle zákona č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov v platnom znení so spracúvaním, poskytnutím, sprístupnením, cezhraničným tokom svojich osobných údajov v poskytnutom rozsahu a za účelom výkonu činností, ktoré sú predmetom podnikania Generali Slovensko poisťovne, a. s., ako aj iným subjektom patriacim do skupiny Slovenskej asociácie poisťovní, Slovenskej kancelárie poisťovateľov, ako aj zmluvným partnerom a iným oprávneným subjektom, a to i mimo územia Slovenskej republiky v súvislosti s uplatnením práv a povinností vyplývajúcich z poisťového vzťahu. Krajinou cezhraničného toku je Česká republika, ako aj iné štáty v súvislosti s uplatnením práv a povinností vyplývajúcich z poisťového vzťahu. V zmysle § 7 ods. 5 cit. zákona podpísaný vyhlasuje, že osobné údaje o iných osobách uviedol na tomto tlačíve s ich súhlasom a súčasne vyhlasuje, že bol oboznámený so skutočnosťami vyplývajúcimi z § 10 ods. 1 zákona č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov v platnom znení.		
V dňa.....		
..... podpis zraneného (alebo jeho zákonného zástupcu)		