

**OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI  
POISTENIE LIEČEBNÝCH NÁKLADOV  
A ÚRAZOVÉ POISTENIE**



2450

Meno klienta:	Poistná zmluva č.:
Rodné číslo:	Platnosť poistnej zmluvy:
Adresa:	
Č. telefónu/e-mail:	
Účel cesty:	Štát:
Názov, adresa CK:	Tel. č. CK:
V prípade maloletého klienta vyplní jeho zákonný zástupca:	
Meno:	Rodné číslo:
Adresa:	
Dôvod, pre ktorý ste museli vyhľadať lekársku pomoc, uveďte miesto a dátum (stručný popis udalosti): <input type="checkbox"/> choroba <input type="checkbox"/> úraz <input type="checkbox"/> dopravná nehoda	
Dátum hospitalizácie:	Diagnóza:
od:	do:
Adresa zdravotníckeho zariadenia:	
Výška škody:	Mena:
Poskytnutá lekárska starostlivosť:	<input type="checkbox"/> ambulantne <input type="checkbox"/> pobyt v nemocnici
Spôsob úhrady:	<input type="checkbox"/> bezplatne <input type="checkbox"/> platba v hotovosti <input type="checkbox"/> faktúra pre poisťovňu
Liečili ste sa už na uvedenú diagnózu pred odchodom do cudziny?	
Zavinila poistnú udalosť iná osoba?	Adresa:
Vyšetrovala prípad polícia?	Adresa:
Je predpoklad, že úraz zanechá trvalé následky?	
Poistné plnenie v EUR žiadam poukázať: na adresu	
Na účet v tvare IBAN:	
Majiteľ účtu (meno):	
V zmysle zákona č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov dávam súhlas spoločnosti KOOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group (ďalej len poisťovňa), aby moje osobné údaje, resp. osobné údaje maloletého získané v súvislosti s vyššie uvedenou poistnou zmluvou, vrátane údajov o mojom zdravotnom stave, resp. o zdravotnom stave maloletého spracovávala v rámci svojej činnosti o poisťovníctve po dobu nevyhnutnú na zabezpečenie výkonu práv a plnenie povinností vyplývajúcich z tejto poistnej zmluvy a poskytovala tieto údaje do iných štátov, pokiaľ to bude potrebné pre zabezpečenie výkonu práv a plnenia povinností z tejto zmluvy, pri poradenskej činnosti v oblasti poisťovníctva, ako aj ostatným subjektom podnikajúcim v poisťovníctve a združením týchto subjektov.	
Dátum:	Podpis klienta (resp. zákonného zástupcu maloletého):