

SOUHLAS OŠETŘOVANÉHO SE ZPRACOVÁNÍM ÚDAJŮ O ZDRAVOTNÍM STAVU PRO ÚČELY ŠETŘENÍ POJISTNÉ UDÁLOSTI A VÝPLATY POJISTNÉHO PLNĚNÍ

Ošetřovaný (nemocný člen rodiny)

Jméno a příjmení

Rodné číslo

Bydliště

Tímto uděluji souhlas, aby si pojišťovna vyžádala potřebnou zdravotní dokumentaci o mém léčení a zdravotním stavu pro potřeby šetření pojistné události. Tento souhlas uděluji na dobu vyřizování pojistné události, max. po dobu trvání promlčecí doby nároků vyplývajících z pojistné události. Zmocňuji lékaře a zdravotnické zařízení k vyhotovení lékařských zpráv, výpisu ze zdravotní dokumentace či k jejímu zapůjčení. Zbavuji mlčenlivosti příslušného lékaře a zdravotnické zařízení, aby pojišťovně na její žádost poskytli požadované informace v rozsahu, v jakém jsou povinni je poskytovat pacientovi.

Beru na vědomí, že odvoláním tohoto souhlasu pojišťovna přestane zpracovávat moje osobní údaje, v důsledku čehož se dále nemůže provádět šetření škodní respektivně pojistné události a ani poskytovat pojistné plnění.

V případě ošetřované nezletilé osoby, vyplní zákonný zástupce

Jméno a příjmení zákonného zástupce

Datum narození

Bydliště

Podpis ošetřovaného/zákonného zástupce

V

dne