

**SÚHLAS OŠETROVANÉHO SO SPRACOVANÍM ÚDAJOV O ZDRAVOTNOM STAVE  
NA ÚČELY ŠETRENIA POISTNEJ UDALOSTI A VÝPLATY POISTNÉHO PLNENIA****Ošetrovaný (chorý člen rodiny)**

Meno a priezvisko

Rodné číslo

Bydlisko

Týmto udeľujem súhlas, aby si poisťovňa vyžiadala potrebnú zdravotnú dokumentáciu o mojom liečení a zdravotnom stave pre potreby šetrenia poistnej udalosti. Tento súhlas udeľujem na dobu vybavovania poistnej udalosti, max. po dobu trvania premlčacej doby nárokov vyplývajúcich z poistnej udalosti. Splnomocňujem lekára a zdravotnícke zariadenie k vyhotoveniu lekárskej správy, výpisu zo zdravotnej dokumentácie alebo k jej zapožičaniu. Zbavujem mlčanlivosti príslušného lekára a zdravotnícke zariadenia, aby poisťovní na jej žiadosť poskytli požadované informácie v rozsahu, v akom sú povinní ich poskytovať pacientovi.

Beriem na vedomie, že odvolaním tohto súhlasu poisťovňa prestane spracovávať moje osobné údaje ošetrovaného, v dôsledku čoho sa ďalej nemôže vykonávať vyšetrovanie škodovej resp. poistnej udalosti a ani poskytovať poistné plnenie.

**V prípade ošetrovanej nepľnoletej osoby, vyplní zákonný zástupca**

Meno a priezvisko zákonného zástupcu

Dátum narodenia

Bydlisko

Podpis ošetrovaného/zákonného zástupcu

V

dňa

