



Vyhradené pre  
elektronický archív

Distribučný kanál

Meno oprávneného zástupcu poisťovateľa

Identifikačné číslo zástupcu poisťovateľa

Pobočka, dátum prijatia

Ústredie, dátum prijatia

**ING Životná poisťovňa, a.s.**  
Trnavská cesta 50/B, 821 02 Bratislava  
Slovenská republika, www.ing.sk  
zapísaná v Obchodnom registri Okresného  
súdu Bratislava I v oddieli: Sa, Vložka č.: 1095/B  
Tel.: 0850 111 464, fax: 02/59 313 999  
IČO: 35 691 999, IČ DPH: SK 2020861557

**Oznámenie poistnej udalosti  
potvrdenie o hospitalizácii**

Číslo poistnej zmluvy

Poistený	Priezvisko	Meno	Titul
	Trvalý pobyt (ulica, číslo domu, mesto, PSČ)		Rodné číslo
	Telefón domov	Mobilný telefón	E-mail

Zdravotnícke zariadenie	Meno praktického lekára, adresa zdravotníckeho zariadenia, telefón
	Meno odborného ošetrojúceho lekára, adresa zdravotníckeho zariadenia, telefón

Vyplní zdravotnícke zariadenie	Dátum prijmu	Dátum prepustenia	Číslo prijmu
	Dni prepustky	Dátum operačného zákroku	
	Diagnóza		

**K formuláru prosím pripojte kópiu konečnej prepúšťacej správy**

V ..... dňa .....

.....  
Pečiatka a podpis lekára / zdravotníckeho zariadenia

### Osoba uplatňujúca nárok na poistné plnenie.

Priezvisko

Meno

Titul

Trvalý pobyt (ulica, číslo domu, mesto, PSČ)

Rodné číslo

Kontaktný telefón

### V prípade nepĺnoletosti poisteného uveďte zákonného zástupcu a doložte overenú kópiu rodného listu dieťaťa.

Priezvisko

Meno

Titul

Trvalý pobyt (ulica, číslo domu, mesto, PSČ)

Rodné číslo

Kontaktný telefón

Vzťah k poistenému

### Poistné plnenie

Poistné plnenie možno poukázať:

na adresu

na účet číslo

kód banky

variabilný symbol

Týmto vyhlasujem, ako osoba uplatňujúca nárok na poistné plnenie, že som všetky otázky zodpovedal/a pravdivo a úplne, a som si vedomý/á dôsledkov neúplných a nepravdivých odpovedí na rozsah povinností poisťovateľa plniť. Súhlasím, aby si poisťovateľ vyžiadal ďalšie potrebné podklady k došetreniu poistnej udalosti vrátane preskúmania zdravotného stavu.

#### Splnomocnenie poisteného:

Ja, ako poistený, splnomocňujem všetkých lekárov, zdravotnícke zariadenia a zdravotné poisťovne u ktorých som evidovaný/á, alebo u ktorých som bol/á alebo budem liečený/á na poskytnutie informácií o mojom zdravotnom stave alebo informácií súvisiacich s liečením v prípade, že o ne poisťovateľ požiada. Splnomocňujem orgány sociálneho zabezpečenia, bezpečnosti práce a políciu k poskytnutiu údajov, týkajúcich sa mojej osoby, v prípade, že poisťovateľ o ne zažiada v súvislosti s mojim poistením.

#### Splnomocnenie zákonného zástupcu/ zástupcu na základe plnej moci:

Ja, ako zákonný zástupca/zástupca na základe plnej moci, splnomocňujem všetkých lekárov, zdravotnícke zariadenia a zdravotné poisťovne u ktorých bol poistený evidovaný/á, alebo u ktorých bol/á alebo bude liečený/á na poskytnutie informácií o jeho zdravotnom stave alebo informácií súvisiacich s liečením v prípade, že poisťovateľ o ne požiada. Splnomocňujem orgány sociálneho zabezpečenia, bezpečnosti práce a políciu k poskytnutiu údajov, týkajúcich sa poisteného, v prípade, že poisťovateľ o ne zažiada v súvislosti s jeho poistením.

V ..... dňa .....

### OSOBA UPLATŇUJÚCA NÁROK NA POISTNÉ PLNENIE

Typ dokladu

Číslo

Vydané v

Platnosť do

Podoba súhlasí s fotografiou v OP/ pasu

.....  
Podpis osoby uplatňujúcej nárok na  
poistné plnenie, resp. jeho zákonného zástupcu

Meno zákonného zástupcu

### FINANČNÝ PORADCA

Meno a priezvisko osoby poverenej zjednávaním poistenia

Identifikačné číslo zástupcu poisťovateľa

Telefón

.....  
Podpis finančného poradcu

Pokiaľ podpis neoveruje finančný poradca, je nutné nechať podpis osoby uplatňujúcej nárok na poistné plnenie, resp. jeho zákonného zástupcu úradne overiť.

Pozn: V prípade potreby uveďte pri jednotlivých bodoch podrobnejšie údaje na osobitný list.

Vyplnené oznámenie i s prílohami pošlite na adresu poisťovne, odd. likvidácii poistných udalostí, Trnavská cesta 50/B, 821 02 Bratislava