

--	--	--	--	--	--	--	--

Číslo návrhu poisťnej zmluvy

F. SÚHLAS SO SPRACÚVANÍM OSOBNÝCH ÚDAJOV K POISTNEJ ZMLUVE S7

PREHLÁSENIE POISTENÉHO/POISTENÝCH/ SÚHLAS SO SPRACÚVANÍM OSOBNÝCH ÚDAJOV

Poistený/zákonný zástupca poisteného označený v tejto poisťnej zmluve udeľujem súhlas spoločnosti Kooperativa poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, so sídlom: Štefanovičova 4, 816 23 Bratislava 1, IČO: 00 585 441, zapísaná v Obchodnom registri Mestského súdu, Bratislava III, oddiel: Sa, vložka 79/B (ďalej len „Spoločnosť“), aby spracúvala moje osobné údaje týkajúce sa môjho zdravotného stavu a to ich zisťovaním a preverovaním (a následným spracúvaním týchto údajov) vo všetkých zdravotníckych zariadeniach poskytujúcich zdravotnú starostlivosť

a u všetkých lekárov ako aj získavaním výpisov zo zdravotnej dokumentácie a zapožičaním zdravotnej dokumentácie za účelom zistenia pravdivosti mnou uvedených informácií v poisťnej zmluve a posúdenia poisťnej udalosti.

Zároveň v uvedenom rozsahu zbavujem mlčanlivosti voči Spoločnosti všetkých lekárov v otázkach súvisiacich s mojím zdravotným stavom.

Beriem na vedomie, že môj súhlas údajov môžem kedykoľvek odvolať zaslaním písomného odvolania na adresu sídla Spoločnosti.

Meno/priezvisko/rodné číslo a podpis 1. poistenej osoby	Meno/priezvisko/rodné číslo a podpis 2. poistenej osoby (resp. zákonného zástupcu maloletého poisteného)	Meno/priezvisko/rodné číslo a podpis 3. poistenej osoby (resp. zákonného zástupcu maloletého poisteného)	Meno/priezvisko/rodné číslo a podpis 4. poistenej osoby (resp. zákonného zástupcu maloletého poisteného)	Meno/priezvisko/rodné číslo a podpis 5. poistenej osoby (resp. zákonného zástupcu maloletého poisteného)
Meno	Meno	Meno	Meno	Meno
Priezvisko	Priezvisko	Priezvisko	Priezvisko	Priezvisko
Rodné číslo	Rodné číslo	Rodné číslo	Rodné číslo	Rodné číslo
<input type="checkbox"/> ÁNO, DÁVAM SÚHLAS	<input type="checkbox"/> ÁNO, DÁVAM SÚHLAS	<input type="checkbox"/> ÁNO, DÁVAM SÚHLAS	<input type="checkbox"/> ÁNO, DÁVAM SÚHLAS	<input type="checkbox"/> ÁNO, DÁVAM SÚHLAS
<input type="checkbox"/> NIE, NEDÁVAM SÚHLAS	<input type="checkbox"/> NIE, NEDÁVAM SÚHLAS	<input type="checkbox"/> NIE, NEDÁVAM SÚHLAS	<input type="checkbox"/> NIE, NEDÁVAM SÚHLAS	<input type="checkbox"/> NIE, NEDÁVAM SÚHLAS
Podpis	Podpis	Podpis	Podpis	Podpis
.....

Meno/priezvisko/rodné číslo a podpis 6. poistenej osoby (resp. zákonného zástupcu maloletého poisteného)	Meno/priezvisko/rodné číslo a podpis 7. poistenej osoby (resp. zákonného zástupcu maloletého poisteného)	Meno/priezvisko/rodné číslo a podpis 8. poistenej osoby (resp. zákonného zástupcu maloletého poisteného)
Meno	Meno	Meno
Priezvisko	Priezvisko	Priezvisko
Rodné číslo	Rodné číslo	Rodné číslo
<input type="checkbox"/> ÁNO, DÁVAM SÚHLAS	<input type="checkbox"/> ÁNO, DÁVAM SÚHLAS	<input type="checkbox"/> ÁNO, DÁVAM SÚHLAS
<input type="checkbox"/> NIE, NEDÁVAM SÚHLAS	<input type="checkbox"/> NIE, NEDÁVAM SÚHLAS	<input type="checkbox"/> NIE, NEDÁVAM SÚHLAS
Podpis	Podpis	Podpis
.....