

OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI Z POISTENIA LIEČEBNÝCH NÁKLADOV V ZAHRANIČÍ

Meno a priezvisko poisteného:		
Adresa trvalého bydliska poisteného:		
Tel. č. (domov, mobil, práca)	E-mail, fax:	Rodné číslo poisteného:
Názov organizácie, kde bola uzavretá poistná zmluva:		
Číslo poistnej zmluvy:		
Miesto poistnej udalosti:		

Opíšte podrobne okolnosti, pre ktoré ste museli vyhľadať lekárske ošetrovanie (uveďte, o aké ochorenie resp. úraz išlo a ako úraz vznikol:

Zavinila poistnú udalosť iná osoba? Ak áno – uveďte jej meno, adresu svedkov a ak bola uvedená udalosť hlásená na políciu, uviesť jej presnú adresu:

Trpeli ste už pred začiatkom poistenia chorobou, pre ktorú ste v zahraničí vyhľadali lekárske ošetrovanie?

Hlásili ste poistnú udalosť asistenčnej službe EuroCross? Ak nie, uveďte dôvod:

Uplatnili ste si nárok z poistenia liečebných nákladov v zahraničí aj v inej poisťovni?

áno nie

Ak áno, uveďte jej názov a adresu:

Aká lekárska starostlivosť Vám bola poskytnutá?

Ambulantné ošetrovanie/a (dňa)	prevoz do nemocnice
lieky (názov lieku/ov)	prevoz pacienta do vlasti
hospitalizácia (od – do)	prevoz telesných pozostatkov

V prípade, že ste už uhradili liečebné náklady, uveďte presnú sumu:	
Plnenie žiadam poukázať na adresu:	
alebo účet č.:	vedený v EUR:
v prípade občanov ČR:	vedený v CZK + meno majiteľa účtu:

Vyhlasujem, že som na všetky otázky odpovedal pravdivo aj úplne a som si vedomý, že nepravdivosť odpovedí môže zbaviť poisťovňu povinnosti plnenia. Súhlasím, aby Union poisťovňa, a.s. vyžiadala všetku potrebnú zdravotnú dokumentáciu o mojom liečení a zdravotnom stave.

Priložené doklady :

- kópia poisťovej zmluvy
- originál správy ošetrojúceho lekára s uvedením diagnózy
- originál účtov za ošetrovanie a lieky
- lekársky predpis liekov
- kópia policajnej správy

Podľa zákona o ochrane osobných údajov podpisom tohto oznámenia poisťovej udalosti dávam súhlas Union poisťovni a.s. na spracovanie mojich osobných údajov, uvedených v tomto oznámení, za účelom likvidácie poisťovej udalosti. Súhlas je daný na dobu neurčitú a je možné ho kedykoľvek písomne odvolať. Odvolanie nemá spätné účinky

V dňa:

.....
Podpis poisteného