

OZNÁMENIE ŠKODOVEJ UDALOSTI pre produkt ZDRAVIE MAXI Poistenie dennej kompenzácie v prípade práceneschopnosti

**VYPLNENÉ OZNÁMENIE O PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI ZASIELAJTE SPOLU S KÓPIOU POTVRDENIA
O DOČASNEJ PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI !**

Poistený – priezvisko, meno:	Číslo poisťnej zmluvy, z ktorej si uplatňujete nárok na poistné plnenie:
Adresa poisteného:	Rodné číslo poisteného:
Tel. č. poisteného*:	E-mail poisteného:
Povolanie (uveďte súčasné povolanie):	Adresa zamestnávateľa:

*Na uvedené číslo Vám bude zároveň odoslaná SMS notifikácia o uzavretí škodovej udalosti

Uveďte meno a adresu Vášho ošetrojúceho lekára, jeho odbornosť
Miesto, kde sa počas pracovnej neschopnosti zdržujete (presná adresa)
Predpokladané trvanie práceneschopnosti do (dátum):
Máte lekárom povolené vychádzky? áno / nie (ak áno, uveďte hodiny a dni)
Máte v inej poisťovni platné poistenie, z ktorého vyplýva nárok na plnenie v dôsledku pracovnej neschopnosti? áno / nie (ak áno uveďte názov poisťovne, názov poistenia, dennú dávku na ktorú máte nárok)
Vznikla pracovná neschopnosť v dôsledku úrazu? áno / nie
Popis ochorenia, okolností vzniku úrazu :
Plnenie žiadam poukázať na: <input type="checkbox"/> adresu: <input type="checkbox"/> účet č.: vedený v:

Prehlasujem, že som na všetky otázky odpovedal pravdivo a úplne a som si vedomý možných dôsledkov v prípade zamlčania závažných okolností alebo uvedenia nesprávnych informácií. Prehlasujem, že som sa oboznámil s ustanoveniami poisťnej zmluvy o ochrane osobných údajov. Súhlasím, aby si Union poisťovňa, a.s. vyžiadala všetku potrebnú zdravotnú dokumentáciu o mojom liečení a celkovom zdravotnom stave. Súčasne pozbavujem lekárov mlčanlivosti o všetkých skutočnostiach týkajúcich sa môjho zdravotného stavu. Taktiež súhlasím, aby si Union poisťovňa, a.s. v prípade potreby vyžiadala: **a)** informácie o mojom zdravotnom stave v Sociálnej poisťovni; **b)** výpis z karty poistenca zdravotnej poisťovne v príslušnej zdravotnej poisťovni; **c)** informácie o okolnostiach úrazu od orgánu polície, ktorý udalosť vyšetroval. Poistený týmto dáva lekárovi výslovný písomný súhlas s poskytnutím údajov o jeho zdravotnom stave Union poisťovni, a.s. Som si vedomý/á, že v zmysle zákona o poisťovníctve poisťovateľ môže spracovávať moje osobné údaje uvedené v tomto oznámení, vrátane priložených dokladov, za účelom likvidácie škodovej udalosti. Vyhlasujem, že som sa oboznámil/a so základnými informáciami o ochrane osobných údajov pre dotknutú osobu umiestnenými na www.union.sk.

V dňa

.....
podpis poisteného