

Žiadosť o vydanie preukazu poistenca kombinovaného s európskym preukazom (ďalej len „kombinovaný preukaz“)

v zmysle zákona č. 580/2004 Z. z. v platnom znení žiadam o vydanie kombinovaný preukaz

Poistenec

Meno a priezvisko

Dátum narodenia Rodné číslo

Adresa trvalého pobytu: Obec PSČ

Ulica

Telefón e-mail

Osoba oprávnená konať v mene poistenca

Meno a priezvisko

Dátum narodenia Rodné číslo

Adresa trvalého pobytu: Obec PSČ

Ulica

Telefón e-mail

spôsob doručenia kombinovaného preukazu:

Osobne
/uviesť kontaktné miesto zdravotnej poisťovne/

Osobou oprávnenou konať v mene poistenca
/meno, priezvisko, dátum nar., bydlisko/

Poštou
/na adresu/

Žiadateľ o vystavenie kombinovaného preukazu alebo osoba oprávnená konať v mene poistenca dáva týmto pre Union zdravotnú poisťovňu, a.s. súhlas na spracúvanie osobných údajov prostredníctvom spoločnosti Slovak Direct, spol. s r.o., Nové záhrady I/11, 821 05 Bratislava, IČO 35 929 944, za účelom vyhotovenia a obálkovania kombinovaných preukazov v rozsahu osobných údajov: meno, priezvisko, dátum narodenia, rodné číslo, adresa.

V/o/.....dňa
.....
podpis poistenca /osoby oprávnenej konat' v mene poistenca/splnomocnenej osoby

Vyplní Union zdravotná poisťovňa, a.s.

.....
Dátum prijatia žiadosti
.....
podpis zamestnanca príslušného úseku a pečiatka zdravotnej poisťovne