

OZNÁMENIE ŠKODOVEJ UDALOSTI

Z POISTENIA LIEČEBNÝCH NÁKLADOV V ZAHRANIČÍ

Meno a priezvisko poisteného:		
Adresa trvalého bydliska poisteného:		
Telefón*	E-mail	Rodné číslo poisteného:
Názov organizácie, kde bola uzavretá poisťná zmluva:		
Číslo poisťnej zmluvy:		
Miesto a dátum škodovej udalosti:		

**na uvedené číslo Vám bude zároveň odoslaná sms notifikácia o uzavretí škodovej udalosti*

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

Zavinila škodovú udalosť iná osoba? Ak áno – uvedte 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 škodovú udalosť asistenčnej službe EuroCross? Ak nie, uvedte dôvod:

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

Ak áno, uvedte jej názov a adresu:

Aká lekárska starostlivosť Vám bola poskytnutá?

Ambulantné ošetrovanie/a (dňa)	prevoz do nemocnice
lieky (názov lieku/liekov)	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:

názov/kód banky :

Priložené doklady :

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

Vyhlasujem, že som na všetky otázky odpovedal pravdivo aj úplne a som si vedomý, že nepravdivosť odpovedí môže zbaviť poisťovňu povinnosti plnenia. Splnomocňujem Union poisťovňu, a.s. na vyžiadanie všetkej potrebnej zdravotnej dokumentácie o mojom liečení a zdravotnom stave.

Som si vedomý/á, že v zmysle zákona o poisťovníctve poisťovateľ môže spracúvať 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