



Poistovňa

## 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,<br>kde bola uzavretá poistná zmluva: |           |                         |
| Číslo poistnej zmluvy:                                  |           |                         |
| Miesto a dátum škodovej udalosti:                       |           |                         |

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

\*\*pre účel elektronickej komunikácie pri likvidácii škodovej udalosti

|                                                                                                                                                       |                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| Opíšte podrobne okolnosti, pre ktoré ste museli vyhľadať lekárske ošetrovanie (uveďte, o aké ochorenie resp. úraz išlo a ako úraz vznikol:            |                              |
| Zavinila škodovú 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 škodovú udalosť asistenčnej služby EuroCross ? Ak nie, uveďte dôvod:                                                                      |                              |
| Uplatnili ste si nárok z poistenia liečebných nákladov v zahraničí aj v inej poisťovni? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie     |                              |
| Ak áno, uveďte jej názov a adresu:                                                                                                                    |                              |
| Aká lekárska starostlivosť Vám bola poskytnutá?                                                                                                       |                              |
| Ambulantné ošetrovanie/a<br>(dňa)                                                                                                                     | prevoz do nemocnice          |
| lieky<br>(názov lieku/liekov)                                                                                                                         | prevoz pacienta do vlasti    |
| hospitalizácia<br>(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

**Poistený / oznamovateľ vyhlasuje a svojím podpisom potvrdzuje, že všetky jeho odpovede a informácie uvedené v tomto oznámení sú pravdivé a úplné a žiadne informácie podstatné pre likvidáciu škodovej udalosti nezamlčal a je si vedomý / á právnych dôsledkov uvedenia nepravdivých alebo neúplných informácií a / alebo odpovedí na otázky poisťovne.**

**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](http://www.union.sk)**

V ..... dňa: .....

.....  
Podpis poisteného