



Poistovňa

OZNÁMENIE ŠKODOVEJ UDALOSTI

Z POISTENIA NEČAKANÉHO POBYTU V NEMOCNICI

Meno a priezvisko poisteného :		
Adresa trvalého bydliska poisteného :		
Telefón* :	E-mail**:	Rodné číslo poisteného :

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

**pre účel elektronickej komunikácie pri likvidácii škodovej udalosti

Číslo poistnej zmluvy :	Miesto vzniku :
Dátum hospitalizácie , resp. pripútania na lôžko	od : do :
Dôvod hospitalizácie, resp. pripútania na lôžko, diagnóza :	
Trpeli ste už pred začiatkom poistenia chorobou, pre ktorú ste v zahraničí vyhľadali lekárske ošetrovanie?	
Hlásili ste škodovú udalosť asistenčnej služby EuroCross :	
Máte tento druh poistenia dojednaný aj v inej poisťovni ? Ak áno, v akej ? :	
Meno spolucestujúcej osoby :	
Plnenie žiadam poukázať na adresu:	
alebo účet číslo :	vedený v EUR :
názov / kód banky :	
Plnenie spolucestujúcej osoby žiadam poukázať na adresu:	
alebo účet číslo :	vedený v EUR :
názov / kód banky :	

Priložené doklady :

- originál správy ošetrojúceho lekára v zahraničí o zdravotnom stave poisteného s uvedením diagnózy a s vyznačením dĺžky trvania hospitalizácie poisteného, alebo s vyznačením dĺžky pripútania poisteného na lôžko (dátum od – dátum do)
- doklad preukazujúci spoločnú cestu v čase vzniku udalosti s osobou uvedenou ako spolucestujúca osoba
- kópia poistnej zmluvy

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

V dňa :
Podpis poisteného Podpis spolucestujúceho

Union poisťovňa, a. s., Karadžičova 10, 813 60 Bratislava, Slovenská republika,

Tel.: 0850 003 333, web: www.union.sk

IČO: 31322051, DIČ: 2020800353, zapísaná v Obchodnom registri Okr. súdu Bratislava I, odd. Sa, vl. č. 383/B 200513