

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*

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

Vyhlasujem, že všetky údaje uvedené v tomto oznámení sú pravdivé a nič nebolo zamlčané. Som si vedomý, že nepravdivosť odpovedí môže zbaviť poisťovňu povinnosti plnenia. Splnomocňujem Union poisťovňu, a.s. k výkonu administratívnych a právnych úkonov potrebných k šetreniu a k likvidácii škodovej udalosti.

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