

OZNÁMENIE ŠKODOVEJ UDALOSTI pre produkt ZDRAVIE a ISTOTA
Denná kompenzácia za práceneschopnosť v dôsledku úrazu alebo choroby
VYPLNENÉ OZNÁMENIE O PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI ZASIELAJTE SPOLU S KÓPIOU POTVRDENIA
O DOČASNEJ PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI !

Poistený – priezvisko, meno:	Číslo poisťnej zmluvy, z ktorej si uplatňujete nárok na poistné plnenie:
Adresa poisteného:	Rodné číslo poisteného:
Tel. č. poisteného:*	E-mail poisteného:
Povolanie (uveďte súčasné povolanie):	Adresa zamestnávateľa:

*Na uvedené číslo Vám bude zároveň odoslaná SMS notifikácia o uzavretí škodovej udalosti

Uveďte meno a adresu Vášho ošetrojúceho lekára, jeho odbornosť
Miesto, kde sa počas pracovnej neschopnosti zdržujete (presná adresa)
Predpokladané trvanie práceneschopnosti do (dátum):
Máte lekárom povolené vychádzky? áno / nie (ak áno, uveďte hodiny a dni)
Máte v inej poisťovni platné poistenie, z ktorého vyplýva nárok na plnenie v dôsledku pracovnej neschopnosti? áno / nie (ak áno uveďte názov poisťovne, názov poistenia, dennú dávku na ktorú máte nárok)
Vznikla pracovná neschopnosť v dôsledku úrazu? áno / nie
Popis ochorenia, okolností vzniku úrazu :
Plnenie žiadam poukázať na: <input type="checkbox"/> adresu: <input type="checkbox"/> účet č.: vedený v:

Prehlasujem, že som na všetky otázky odpovedal pravdivo a úplne a som si vedomý možných dôsledkov v prípade zamlčania závažných okolností alebo uvedenia nesprávnych informácií. Splnomocňujem poisťovateľom oslovených lekárov a zdravotnícke zariadenia na poskytnutie mojich lekárskeho správ a výpisov zo zdravotnej dokumentácie týkajúcej sa úrazu alebo na ich zapožičanie, čím ich zároveň zbavujem povinnosti mlčanlivosti voči poisťovateľovi. Splnomocňujem poisťovateľa v prípade potreby vyžiadať si: a) informácie o mojom zdravotnom stave v Sociálnej poisťovni; b) výpis z účtu poistenca zdravotnej poisťovne v príslušnej zdravotnej poisťovni; c) informácie o okolnostiach úrazu orgánu polície, ktorý udalosť vyšetroval.

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. Prehlasujem, že som sa oboznámil/a so základnými informáciami o ochrane osobných údajov pre dotknutú osobu umiestnenými na www.union.sk

V, dňa.....

Podpis poisteného/zákonného zástupcu