

OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI z Poistenia ušlého zárobku v dôsledku pracovnej neschopnosti

**VYPLNENÉ OZNÁMENIE O PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI ZASIELAJTE SPOLU S KÓPIOU POTVRDENIA
O DOČASNEJ PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI !**

Poistený – priezvisko, meno: (ďalej len „Poistený“)	Číslo poistnej zmluvy, z ktorej si uplatňujete nárok na poistné plnenie:	
Korešpondenčná adresa:	Dátum narodenia:	Tel. č.:
Povolanie (uvedte súčasné povolanie):	Názov a adresa zamestnávateľa:	

VYPLNÍ POISTENÝ

Uvedte meno a adresu Vášho ošetrojúceho lekára, jeho odbornosť :
Miesto, kde sa počas PN zdržujete (presná adresa):
Predpokladané trvanie práceneschopnosti do (dátum):
Máte lekárom povolené vychádzky? áno / nie (ak áno, uvedte hodiny a dni)
Máte v inej poisťovni platné poistenie, z ktorého vyplýva nárok na plnenie v dôsledku pracovnej neschopnosti? áno / nie (ak áno uvedte 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. Súhlasím, aby si Union poisťovňa, a.s. vyžiadala všetku potrebnú dokumentáciu o mojom liečení a zdravotnom stave.

Podľa zákona o ochrane osobných údajov podpisom tohto oznámenia poistnej udalosti dávam súhlas Union poisťovni a.s. na spracovanie mojich osobných údajov, uvedených v tomto oznámení, za účelom likvidácie poistnej udalosti. Súhlas je daný na dobu neurčitú a je možné ho kedykoľvek písomne odvolať. Odvolanie nemá spätné účinky.

V dňa
.....

.....

...
podpis poisteného