

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

* pre účel odoslania SMS notifikácie o uzavretí škodovej udalosti

** pre účel elektronickej komunikácie pri likvidácii škodových udalostí

Meno a adresa Vášho ošetrojúceho lekára, jeho odbornosť:

Označte prosím krížikom, za ktorú z nižšie uvedených typov zdravotnej starostlivosti ste uhradili poplatok a z akého pripoistenia si uplatňujete nárok na poistné plnenie:

Platili ste poplatok za zdravotnú starostlivosť? áno nie

Ak áno, uvedte typ zdravotnej starostlivosti a **priložte požadované doklady.**

- náklady pri stomatologickej starostlivosti: predložte potvrdenie o úhrade a lekársku správu z ošetrenia
- služba „ľahký prístup“ k *špecialistovi*: predložte potvrdenie o *úhrade*, lekársku správu z *absolvovaného vyšetrenia*, prípadne odporúčenie na odborné vyšetrenie
- služba „ľahký prístup“ na rehabilitáciu: predložte potvrdenie o *úhrade*, lekársku správu z *absolvovaného vyšetrenia*, prípadne odporúčenie na odborné vyšetrenie

Plnenie žiadam poukázať na:

účet/IBAN

adresu:

Vyplnené tlačivo a požadované doklady prosíme zaslať na: zivot.registracia@union.sk

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 nezamíchal 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. Splnomocňujem poisťovateľom oslovených lekárov a zdravotnícke zariadenia na poskytnutie mojich lekárskech správ a výpisov zo zdravotnej dokumentácie alebo na ich zapožičanie, čím ich zároveň zbavujem povinnosti mlčanlivosti voči poisťovateľovi.

V dňa.....

.....

podpis poisteného

1+127+02+08+0126