



Poistovňa

Union poisťovňa, a. s.
Karadžičova 10
813 60 Bratislava
IČO: 31322051
DIČ: 2020800353
Spoločnosť zapísaná v obchodnom registri
Okresného súdu Bratislava I, odd. Sa, vl. č. 383/B

Žiadosť o zmenu poistnej zmluvy – pridanie dieťaťa
Poistenie onkologickej choroby

Číslo poistnej zmluvy:

Poistník:

Meno a priezvisko:

Rodné číslo:

Adresa (mesto, ulica a číslo, PSČ):

E-mail:

Telefón:

Poistené dieťa:

Meno a priezvisko:

Rodné číslo:

Adresa (mesto, ulica a číslo, PSČ):

E-mail:

Telefón:

Otázky pre poistené dieťa:

Bol poistenému dieťaťu diagnostikovaný akýkoľvek zhubný nádor; bolo poistené dieťa v minulosti alebo je v súčasnosti vyšetrované, liečené na akýkoľvek typ nádoru, rakoviny, leukémie, lymfómu, kožnej lézie alebo znamienka, ktoré krvácalo, bolo bolestivé, menilo sfarbenie, zväčšovalo svoj rozmer, alebo malo vyoperované znamienko pozitívny histologický nález; a/alebo malo pozitívny výsledok testu na AIDS a/alebo HIV?

Bolo poistené dieťa alebo je v súčasnosti vyšetrované v súvislosti s črevnými polypmi, zápalovým ochorením čreva (Crohnova choroba, ulcerózna kolitída), polycystickými obličkami, nezhubným ochorením prsníka, azbestózou, silikózou, akoukoľvek formou hepatitídy alebo pečenej cirhózy?

ÁNO

NIE

Poistník potvrdzuje, že:

- poistenému dieťaťu nebol diagnostikovaný zhubný nádor, a ani nebolo v minulosti ani nie je v súčasnosti vyšetrované, liečené na akýkoľvek typ nádoru, rakoviny, leukémie, lymfómu alebo kožnej lézie, a ani nemalo a nemajú znamienko, ktoré krvácalo, bolo bolestivé, menilo sfarbenie, zväčšovalo svoj rozmer, alebo vyoperované znamienko malo pozitívny histologický nález,
- poistené dieťa nemalo pozitívny výsledok testu na AIDS a/alebo HIV,
- poistené dieťa nebolo vyšetrované v súvislosti s črevnými polypmi, zápalovým ochorením čreva (Crohnova choroba, ulcerózna kolitída), polycystickými obličkami, nezhubným ochorením prsníka/ov, azbestózou, akoukoľvek formou hepatitídy alebo pečenej cirhózy,
- si je vedomý/á, že v zmysle zákona o poisťovníctve poisťovateľ môže spracúvať jeho osobné údaje a osobné údaje poisteného dieťaťa, vrátane informácií o zdravotnom stave, na účel vymedzený v Základných informáciách o ochrane osobných údajov pre dotknutú osobu.
- splnomocňuje poisťovateľom oslovených lekárov a zdravotnícke zariadenia na poskytnutie lekárskeho správ a výpisov zo zdravotnej dokumentácie týkajúcich sa zdravotného stavu poisteného dieťaťa alebo na ich zapožičanie, čím ich zároveň zbavuje povinnosti mlčanlivosti voči poisťovateľovi.

V....., dňa

.....
Podpis poisteného
(v prípade maloletých podpis zákonného zástupcu)

Dátum prijatia žiadosti:

Meno zamestnanca, ktorý žiadosť prijal:

Telefónne číslo zamestnanca: