

OZNÁMENIE ŠKODOVEJ UDALOSTI

Z POISTENIA LIEČEBNÝCH NÁKLADOV V ZAHRANIČÍ

Meno a priezvisko poisteného:		
Adresa trvalého bydliska poisteného:		
Tel. č. (domov, mobil, práca)	E-mail	Rodné číslo poisteného:
Názov organizácie, kde bola uzavretá poistná zmluva:		
Číslo poistnej zmluvy:		
Miesto a dátum škodovej udalosti:		

Opíšte podrobne okolnosti, pre ktoré ste museli vyhľadať lekárske ošetrovanie (uveďte, o aké ochorenie resp. úraz išlo a ako úraz vznikol:

Zavinila škodovú udalosť iná osoba ? Ak áno – uveďte jej meno, adresu svedkov a ak bola uvedená udalosť hlásená na políciu, uviesť jej presnú adresu:

Trpeli ste už pred začiatkom poistenia chorobou, pre ktorú ste v zahraničí vyhľadali lekárske ošetrovanie?

Hlásili ste škodovú udalosť asistenčnej služby EuroCross ? Ak nie, uveďte dôvod:

Uplatnili ste si nárok z poistenia liečebných nákladov v zahraničí aj v inej poisťovni?

☐ áno ☐ nie

Ak áno, uveďte jej názov a adresu:

Aká lekárska starostlivosť Vám bola poskytnutá?

Ambulantné ošetrovanie/a (dňa)	prevoz do nemocnice
lieky (názov lieku/ov)	prevoz pacienta do vlasti
hospitalizácia (od – do)	prevoz telesných pozostatkov

V prípade, že ste už uhradili liečebné náklady, uveďte presnú sumu:

Plnenie žiadam poukázať na adresu:

alebo účet č.:

vedený v EUR:

názov/kód banky :

Vyhlasujem, že som na všetky otázky odpovedal pravdivo aj úplne a som si vedomý, že nepravdivosť odpovedí môže zbaviť poisťovňu povinnosti plnenia. Súhlasím, aby Union poisťovňa, a.s. vyžiadala všetku potrebnú zdravotnú dokumentáciu o mojom liečení a zdravotnom stave.

Priložené doklady :

- kópia poisťnej zmluvy
- originál správy ošetrojúceho lekára s uvedením diagnózy
- originál účtov za ošetrovanie a lieky
- lekárske predpisy liekov
- kópia policajnej správy

Podľa § 11 zákona č. 122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov podpisom tohto oznámenia škodovej udalosti dávam súhlas Union poisťovni, a.s. na spracovanie mojich osobných údajov uvedených v tomto oznámení za účelom šetrenia a likvidácie škodovej udalosti.

Súhlas dávam na dobu neurčitú a je možné ho kedykoľvek písomne odvolať. Odvolanie súhlasu nemá spätné účinky.

V dňa:

.....
Podpis poisteného