

## OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI z individuálneho zdravotného pripoistenia - kompenzácie za chirurgický zákrok

	Číslo poistnej zmluvy:
Poistený – meno, priezvisko:	Rodné číslo poisteného:
Adresa:	Tel. č.:

Hospitalizácia bola nevyhnutná z dôvodu (vyznačte krížikom ☒):	
<input type="checkbox"/> choroby	<input type="checkbox"/> úrazu
<input type="checkbox"/> komplikácií v tehotenstve	<input type="checkbox"/> pôrodu
Dátum začiatku hospitalizácie:	Dátum ukončenia hospitalizácie:
Uveďte názov a adresu nemocnice, kde bol poistený hospitalizovaný:	
Uveďte diagnózu, kvôli ktorej ste podstúpili chirurgický zákrok:	
Uveďte presný dátum vzniku choroby / úrazu / komplikácií v tehotenstve:	
Opíšte podrobne okolnosti vzniku choroby / úrazu / komplikácií v tehotenstve: V prípade úrazu, uveďte, pri akej činnosti k nemu došlo (špecifikujte druh športu alebo pracovnej činnosti):	
Poistné plnenie žiadam poukázať na adresu: alebo na účet č.:	vedený v:
<u>Priložené doklady:</u>	
<input type="checkbox"/> prepúšťacia správa z nemocnice, kde bol poistený hospitalizovaný	
<input type="checkbox"/> iná lekárska dokumentácia (uveďte názov) .....	

Vyhlasujem, že som na všetky otázky odpovedal pravdivo a úplne a som si vedomý možných dôsledkov v prípade zamlčania závažných okolností alebo nesprávnych informácií. Súhlasím s tým, aby Union poisťovni, a.s. boli poskytnuté informácie o mojom zdravotnom stave v rozsahu, ktorý požaduje Union poisťovňa, a.s. za účelom vybavovania poistnej udalosti. Za týmto účelom splnomocňujem mojich ošetrojúcich lekárov a zdravotnícke zariadenia na poskytnutie lekárskeho správ, výpisov zo zdravotnej dokumentácie alebo na ich zapožičanie, čím ich zároveň zbavujem povinnosti mlčanlivosti voči Union poisťovni, a.s.

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 poistných udalostí. Súhlas je daný na dobu neurčitú a je možné ho kedykoľvek písomne odvolať. Odvolanie nemá spätné účinky.

V ..... dňa .....  
podpis poisteného / poisťníka