

Ktoré zdravotnícke zariadenie Vám poskytlo ošetrovanie (hospitalizáciu) ?
(uvedte presný názov zdravotníckeho zariadenia, jeho adresu a meno ošetrojúceho lekára)

V prípade, že ste už uhradili vzniknuté náklady, uvedte presnú sumu a názov organizácie, ktorej boli uhradené:

Plnenie žiadam poukázať na adresu (v prípade, že náklady ešte neboli hradené, uvedte názov a adresu príslušnej organizácie):

alebo účet č.:

vedený v :

v prípade občanov ČR alebo cudzincov účet č.:

vedený v + meno majiteľa účtu:

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 (v súlade so Všeobecnými poisťnými podmienkami poistenia nákladov na zásah Horskej záchrannej služby VPPHZS/0506):

- poisťná zmluva
- originál tlačiva „Záznam o zásahu Horskej záchrannej služby“ vydané Horskou záchrannou službou
- originál tlačiva „Informácia o zásahu Horskej záchrannej služby“ vydané Horskou záchrannou službou
- originál tlačiva „informácie o osobe“ vydané Horskou záchrannou službou
- originál faktúry s vyúčtovaním nákladov na zásah Horskej záchrannej služby
- kópia policajnej správy v prípade, ak udalosť vyšetrovala polícia

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

V dňa:

.....

Podpis poisteného