

## OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI zo životného poistenia

Číslo poistnej zmluvy: .....

Druh poistenia: .....

Priezvisko a meno poistníka, (resp. firmy): ..... Adresa: .....	Rod. číslo, (resp. IČO): ..... Tel. číslo: .....
Priezvisko a meno poisteného: ..... Adresa: .....	Rod. číslo: ..... Tel. číslo: .....
<b>Vyplní oprávnená osoba (zákonný zástupca) v prípade smrti poisteného:</b> Priezvisko a meno: ..... vzťah k poistenému: ..... Rod. číslo: ..... Adresa: ..... Tel. číslo: ..... <i>Ak nie je v poistnej zmluve oprávnená osoba určená, likvidácia postupuje v zmysle § 817 ods. 2 a 3 Občianskeho zákonníka.</i>	
Dátum vzniku poistnej udalosti:	
Príčina poistnej udalosti:	

**K uplatneniu nároku z poistenia je nutné predložiť nasledovné doklady (priložené doklady vyznačte krížikom ☒) :**

<b>Prirodzené úmrtie:</b> <input type="checkbox"/> poistná zmluva <input type="checkbox"/> poistka <input type="checkbox"/> úmrtný list <input type="checkbox"/> list o prehliadke mŕtveho <input type="checkbox"/> výpis zo zdravotnej dokumentácie* <input type="checkbox"/> overené čestné vyhlásenie zákonného zástupcu	<b>Smrť v dôsledku úrazu:</b> <input type="checkbox"/> poistka <input type="checkbox"/> úmrtný list <input type="checkbox"/> list o prehliadke mŕtveho <input type="checkbox"/> tlačivo Unionu Oznámenie o úraze <input type="checkbox"/> správa polície <input type="checkbox"/> overené čestné vyhlásenie zákonného zástupcu
<b>Oslobodenie od platenia poistného v prípade priznania invalidity:</b> <input type="checkbox"/> lekárska správa – posudok (od revízneho lekára Sociálnej poisťovne) <input type="checkbox"/> rozhodnutie o priznaní invalidity (rozhodnutie z Ústredia Sociálnej poisťovne v Bratislave) <input type="checkbox"/> výpis zo zdravotnej dokumentácie*	<b>Oslobodenie od platenia poistného v prípade smrti poistníka:</b> <input type="checkbox"/> úmrtný list <input type="checkbox"/> list o prehliadke mŕtveho <input type="checkbox"/> výpis zo zdravotnej dokumentácie* <input type="checkbox"/> overené čestné vyhlásenie zákonného zástupcu
<b>Dožitie sa konca poistnej doby alebo výročného dňa začiatku poistenia v poistení Mladosť:</b> <input type="checkbox"/> poistná zmluva <input type="checkbox"/> poistka <input type="checkbox"/> identifikačný doklad (kópia)	<b>Kritické choroby:**</b> <input type="checkbox"/> výpis zo zdravotnej dokumentácie praktického lekára <input type="checkbox"/> prepúšťacia správa z nemocnice <input type="checkbox"/> správa z odborného pracoviska, ktoré stanovilo alebo potvrdilo diagnózu <input type="checkbox"/> správy laboratórnych vyšetrení
<b>Iné (napr. súdne rozhodnutie o pridelení opatrovnictva, resp. pestúnstva):</b> <input type="checkbox"/> čestné prehlásenie o strate PZ, resp. poistky	*v týchto prípadoch sa výpis zo zdravotnej dokumentácie vyžaduje iba, ak poistná udalosť nastala do 2 rokov od začiatku poistenia **dokumenty potrebné k uplatneniu nároku na poistné plnenie v prípade diagnostikovania kritickej choroby sú uvedené v poistných podmienkach

Poistné plnenie žiadam poukázať na účet č.: ..... vedený v: .....

Vyhlasujem, že som na všetky otázky odpovedal pravdivo a úplne a som si vedomý možných dôsledkov v prípade zamlčania závažných okolností alebo uvedenia nesprávnych informácií. Vyhlasujem, že som sa oboznámil s ustanoveniami poistnej zmluvy o ochrane osobných údajov.

**Súhlasím**, aby si Union poisťovňa, a.s. vyžiadala všetku potrebnú zdravotnú dokumentáciu o mojom liečení a celkovom zdravotnom stave. Súčasne pozbavujem lekárov mlčanlivosti o všetkých skutočnostiach týkajúcich sa môjho zdravotného stavu. Taktiež **súhlasím**, aby si Union poisťovňa, a.s. v prípade potreby vyžiadala: **a)** informácie o mojom zdravotnom stave v Sociálnej poisťovni, **b)** výpis z karty poistenca zdravotnej poisťovne v príslušnej zdravotnej poisťovni, **c)** informácie o okolnostiach úrazu od orgánu polície, ktorý udalosť vyšetroval.

Poistený týmto dáva lekárovi výslovný písomný súhlas s poskytnutím údajov o jeho zdravotnom stave Union poisťovni, a.s.

 Poistený týmto dáva poisťovateľovi výslovný písomný súhlas: **a)** so spracovaním osobných údajov, ako aj osobitnej kategórie osobných údajov v informačnom systéme poisťovateľa v súvislosti s dojednaným poistením a so sprístupnením týchto údajov tretím osobám v súvislosti so správou poistenia, likvidáciou poistných udalostí a zaistením. Súhlas sa udeľuje na dobu do vysporiadania všetkých záväzkov vyplývajúcich z poistnej zmluvy; **b)** s tým, aby tretie osoby, ktorým poisťovateľ poskytol osobné údaje, spracovali osobné údaje v rozsahu a na účel vyplývajúci z ich právneho postavenia, maximálne po dobu desiatich rokov od ukončenia zmluvného vzťahu medzi poisťovateľom a poistníkom/poisteným, pričom ustanovenia osobitných právnych predpisov tým nie sú dotknuté; **c)** s tým, aby poisťovateľ vykonával cezhraničný prenos osobných údajov do ktorejkoľvek z krajín EÚ, krajín pridružených k EÚ, krajín patriacich do Európskeho hospodárskeho priestoru; **d)** na získavanie osobných údajov kopírovaním, skenovaním alebo iným zaznamenávaním úradných dokladov na nosič informácií.

Poistený je oprávnený tento súhlas odvolať. Odvolanie nemá spätné účinky.

V ..... dňa .....

.....  
 podpis poisteného, resp. oprávnenej osoby  
 (zákonného zástupcu)

## ÚDAJE O OPRÁVNENÝCH OSOBÁCH

V prípade viacerých oprávnených osôb je potrebné uviesť v tejto časti tlačíva ich osobné údaje a vlastnoručné podpisy (resp. podpisy ich zákonných zástupcov).

Priezvisko a meno: ..... vzťah k poistenému: ..... Rod. číslo: ..... Adresa: ..... Tel. číslo: ..... Poistné plnenie žiadam poukázať na účet č.: ..... vedený v: ..... V ..... dňa ..... podpis oprávnenej osoby
Priezvisko a meno: ..... vzťah k poistenému: ..... Rod. číslo: ..... Adresa: ..... Tel. číslo: ..... Poistné plnenie žiadam poukázať na účet č.: ..... vedený v: ..... V ..... dňa ..... podpis oprávnenej osoby
Priezvisko a meno: ..... vzťah k poistenému: ..... Rod. číslo: ..... Adresa: ..... Tel. číslo: ..... Poistné plnenie žiadam poukázať na účet č.: ..... vedený v: ..... V ..... dňa ..... podpis oprávnenej osoby
Priezvisko a meno: ..... vzťah k poistenému: ..... Rod. číslo: ..... Adresa: ..... Tel. číslo: ..... Poistné plnenie žiadam poukázať na účet č.: ..... vedený v: ..... V ..... dňa ..... podpis oprávnenej osoby
Priezvisko a meno: ..... vzťah k poistenému: ..... Rod. číslo: ..... Adresa: ..... Tel. číslo: ..... Poistné plnenie žiadam poukázať na účet č.: ..... vedený v: ..... V ..... dňa ..... podpis oprávnenej osoby
Priezvisko a meno: ..... vzťah k poistenému: ..... Rod. číslo: ..... Adresa: ..... Tel. číslo: ..... Poistné plnenie žiadam poukázať na účet č.: ..... vedený v: ..... V ..... dňa ..... podpis oprávnenej osoby
Priezvisko a meno: ..... vzťah k poistenému: ..... Rod. číslo: ..... Adresa: ..... Tel. číslo: ..... Poistné plnenie žiadam poukázať na účet č.: ..... vedený v: ..... V ..... dňa ..... podpis oprávnenej osoby