



Jaká lékařská péče Vám byla poskytnutá?	
Ambulantní ošetření (den, měsíc, rok)	převoz do nemocnice (den, měsíc, rok)
léky (název léku/léčiv)	převoz pacienta do vlasti (den, měsíc, rok)
hospitalizace (od – do)	převoz tělesných pozůstatků (den, měsíc, rok)

V případě, že jste už uhradili léčebné výlohy, uveďte přesnou sumu:

---

Plnění žádám poukázat

na účet č.: ..... vedený v CZK v bance:  
jméno majitele účtu: .....  
anebo na adresu: .....

**Příložené doklady označte křížkem:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> kopie pojistné smlouvy           | <input type="checkbox"/> originál zprávy ošetřujícího lékaře včetně diagnózy |
| <input type="checkbox"/> originál účtů za ošetření a léky | <input type="checkbox"/> lékařsky předpis léčiv                              |
| <input type="checkbox"/> kopie policejní zprávy           |  |

**Pojištěný si je vědomi, že pojišťovna je oprávněná dle platných právních předpisů o ochraně osobních údajů zpracovat mé osobní údaje uvedené v tomto oznámení za účelem likvidace škodní události.**

**Prohlašuji, že sem se obeznámil/a se základními informacemi o ochraně osobních údajů pro dotknutou osobu umístěnými na [www.unionpojistovna.cz](http://www.unionpojistovna.cz)**

**Prohlašuji, že veškeré údaje uvedené v tomto oznámení jsou pravdivé a nic nebylo zamlčeno. Jsem si vědom, že nepravdivost odpovědí může zbavit pojišťovnu povinnosti plnění. Zplnomocňuji Union poist'ovnu, a.s. na vyžádání veškeré potřebné dokumentaci o mém léčení a zdravotním stavu.**

V ..... dne .....

.....  
podpis pojištěného