

Číslo poistnej zmluvy: _____

Vyhlásenie poisteného pre Union poisťovňu, a.s.

Súhlasím s tým, aby poistník poskytol Union poisťovni, a.s. (ďalej len "poisťovateľ") informácie o mojom zdravotnom stave a o zdravotnom stave mojich detí v rozsahu, ktorý poisťovateľ požaduje za účelom uzavretia poistnej zmluvy na Poistenie onkologickej choroby, vykonania zmien v poistnej zmluve a vybavovania poistných udalostí.

Splnomocňujem poisťovateľom oslovených lekárov a zdravotnícke zariadenia na poskytnutie lekárskeho správ a výpisov zo zdravotnej dokumentácie týkajúcich sa môjho zdravotného stavu a zdravotného stavu mojich poistených detí a/alebo na ich zapožičanie a zdravotnú poisťovňu na poskytnutie Výpisu z účtu poistenca zdravotnej poisťovne. Súčasne tieto subjekty zbavujem povinnosti zachovávať mlčanlivosť voči poisťovateľovi.

Podľa §11 zákona č. 122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov svojím podpisom dávam súhlas poisťovateľovi na spracovanie mojich osobných údajov uvedených v poistnej zmluve a údajov, ktoré poskytnem poisťovateľovi počas trvania zmluvného vzťahu alebo v súvislosti s likvidáciou poistnej udalosti na účel vykonávania poisťovacej činnosti podľa zákona č. 39/2015 Z.z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „zákon o poisťovníctve“) v platnom znení.

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

Toto vyhlásenie nebolo urobené pod nátlakom ani v časovej tiesni alebo za iných nevýhodných podmienok, ktoré by mohli spôsobiť nesprávne alebo neúplné poskytnutie informácií, čo potvrdzujem svojím podpisom.

V dňa

.....
podpis poisteného
(ak je poistený iná osoba ako poistník)