

OZNÁMENIE ŠKODOVEJ UDALOSTI pre produkt Zdravie a Istota Poistenie hospitalizácie a hospitalizácie po úraze

Poistený – priezvisko, meno:	Číslo poisťnej zmluvy, z ktorej si uplatňujete nárok na poisťné plnenie:
Adresa poisteného:	Rodné číslo poisteného:
Tel. č. poisteného: *	E-mail poisteného:
Povolanie (uved'te súčasné povolanie):	Adresa zamestnávateľa:

*Na uvedené číslo Vám bude zároveň odoslaná SMS notifikácia o uzavretí škodovej udalosti

Uved'te meno a adresu Vášho lekára, príp. odborných lekárov, ktorí majú záznamy o Vašom zdravotnom stave:	
Dátum začiatku hospitalizácie:	Dátum ukončenia hospitalizácie:
Názov a adresa nemocnice, kde bol poistený hospitalizovaný:	
Uved'te dôvod hospitalizácie :	
Je dátum začiatku hospitalizácie zhodný s dátumom vzniku choroby / úrazu? áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> Ak nie, uved'te presný dátum a hodinu vzniku choroby / úrazu :	
Miesto a adresa prvého lekárskeho ošetrovania (ak bolo toto ošetrovanie poskytnuté v inom zdravotníckom zariadení, t.j. nie v nemocnici, kde bol poistený hospitalizovaný):	
Opíšte podrobne spôsob a okolnosti vzniku choroby / úrazu:	
Boli ste už niekedy v čase pred uzatvorením poisťnej zmluvy hospitalizovaný v súvislosti s chorobou, ktorá bola dôvodom hospitalizácie? áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ak áno, uved'te dátum hospitalizácie (od – do) a adresu nemocnice, kde sa hospitalizácia uskutočnila:	
Boli ste už niekedy v čase pred uzatvorením poisťnej zmluvy liečený, lekársky sledovaný alebo vyšetrovaný v súvislosti s chorobou, ktorá bola dôvodom hospitalizácie? áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ak áno, uved'te, kedy Vám bola táto choroba diagnostikovaná prvý raz a meno a adresu lekára, príp. zdravotníckeho zariadenia, ktoré chorobu diagnostikovalo:	
Ak bol dôvodom hospitalizácie úraz, vyznačte krížikom <input checked="" type="checkbox"/> , pri akej činnosti k nemu došlo: <input type="checkbox"/> pri pracovnej činnosti uved'te presný druh vykonávanej práce: <input type="checkbox"/> pri mimopracovnej činnosti uved'te akej: <input type="checkbox"/> pri športovej činnosti uved'te presný druh športu:	
Poistenie dennej kompenzácie, denného odškodného, ušlého zárobku príp. iných dávok mám uzatvorené aj v inej poisťovni: áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ak áno, uved'te presný názov a adresu poisťovne:	
Poistné plnenie žiadam poukázať Na adresu: na účet č.: vedený v:.....	

Upozornenie: - K tomuto oznámeniu o škodovej udalosti priložte prepúšťiaciu správu z nemocnice, v ktorej bol poistený hospitalizovaný.

Krížikom ☒ vyznačte ďalšie priložené doklady: lekárska dokumentácia preukazujúca vznik choroby alebo úrazu
 lekárska dokumentácia obsahujúca osobnú anamnézu poisteného
 iná lekárska dokumentácia, uveďte názov:

.....
Prehlasujem, že som na všetky otázky odpovedal pravdivo a úplne a som si vedomý možných dôsledkov v prípade zamlčania závažných okolností alebo uvedenia nesprávnych informácií. Splnomocňujem poisťovateľom oslovených lekárov a zdravotnícke zariadenia na poskytnutie mojich lekárske správ a výpisov zo zdravotnej dokumentácie týkajúcich sa úrazu alebo na ich zapožičanie, čím ich zároveň zbavujem povinnosti mlčanlivosti voči poisťovateľovi. Splnomocňujem poisťovateľa v prípade potreby vyžiadať si: a) informácie o mojom zdravotnom stave v Sociálnej poisťovni; b) výpis z účtu poistenca zdravotnej poisťovne v príslušnej zdravotnej poisťovni; c) informácie o okolnostiach úrazu orgánu polície, ktorý udalosť vyšetroval.

Som si vedomý/á, že v zmysle zákona o poisťovníctve poisťovateľ môže spracúvať moje osobné údaje uvedené v tomto oznámení, vrátane priložených dokladov, za účelom likvidácie škodovej udalosti. Prehlasujem, že som sa oboznámil/a so základnými informáciami o ochrane osobných údajov pre dotknutú osobu umiestnenými na www.union.sk.

V dňa

.....
Podpis poisteného
(poisťníka, zákonného zástupcu)