

OZNÁMENIE ŠKODOVEJ UDALOSTI pre produkt ZDRAVIE A ISTOTA Doplnkové zdravotné poistenie

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

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

Meno a adresa Vášho ošetrojúceho lekára, jeho odbornosť:
Dátum a hodina, kedy došlo k úrazu:
Miesto vzniku úrazu:
Ktorá časť tela bola poranená?
Podrobný popis okolností úrazu:
Vyšetrovala udalosť polícia? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Ak áno, priložte fotokópiu správy polície, ktorá nehodu šetrila)
Miesto a adresa prvého lekárskeho ošetrovania:
Platili ste poplatok za zdravotnú starostlivosť? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Ak áno, uveďte typ zdravotnej starostlivosti <input type="checkbox"/> zdravotnícke pomôcky (predložte fotokópiu lekárskeho poukazu a potvrdenie o úhrade) <input type="checkbox"/> stomatologická zdravotná starostlivosť (predložte potvrdenie o úhrade a lekársku správu) <input type="checkbox"/> jednodňová zdravotná starostlivosť (predložte potvrdenie o úhrade a lekársku správu) <input type="checkbox"/> plastická chirurgia (predložte potvrdenie o úhrade a lekársku správu)
Podstúpili ste v dôsledku úrazu chirurgický zákrok a boli ste v tejto súvislosti hospitalizovaný? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie (Ak áno, priložte prepúšťaciu správu z hospitalizácie)
Plnenie žiadam poukázať na: <input type="checkbox"/> účet č.: vedený v: <input type="checkbox"/> adresu:

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 týkajúcej 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