

OZNÁMENIE ŠKODOVEJ UDALOSTI pre produkt Zdravie MAXI Denná kompenzácia za hospitalizáciu

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"/> 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"/> 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:	
Poisťenie dennej kompenzácie, denného odškodného, ušlého zárobku príp. iných dávok mám uzatvorené aj v inej poisťovni: áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> Ak áno, uved'te presný názov a adresu poisťovne:	
Poisťné 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. Prehlasujem, 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 vyšetruje. Poistený týmto dáva lekárovi výslovný písomný súhlas s poskytnutím údajov o jeho zdravotnom stave Union poisťovni, a.s.

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. Vyhlasujem, že som sa oboznámil/a so základnými informáciami o ochrane osobných údajov pre dotknutú osobu umiestnenými na www.union.sk.

V dňa

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