

## OZNÁMENIE ŠKODOVEJ UDALOSTI pre produkt Zdravie MAXI Poistenie chirurgických zákrokov

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

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

Chirurgický zákrok bol nevyhnutný z dôvodu (vyznačte krížikom X): <input type="checkbox"/> choroby <input type="checkbox"/> úrazu <input type="checkbox"/> komplikácií v tehotenstve <input type="checkbox"/> pôrodu	
Dátum vykonania chirurgického zákroku:	Hospitalizácia od: do:
Uved'te názov a adresu zdravotníckeho zariadenia, kde bol chirurgický zákrok vykonaný:	
Uved'te presný dátum vzniku choroby/ úrazu/ komplikácií v tehotenstve, ktoré viedli k vykonaniu chirurgického zákroku:	
Uved'te diagnózu kvôli, ktorej ste podstúpili chirurgický zákrok:	
Opíšte podrobne okolnosti vzniku choroby / úrazu / komplikácii v tehotenstve:	
V prípade úrazu uved'te, pri akej činnosti k nemu došlo (špecifikujte druh športu alebo pracovnej činnosti):	
Priložené doklady:	
<input type="checkbox"/> prepúšťacia správa zo zdravotníckeho zariadenia, kde bol poistený hospitalizovaný:..... <input type="checkbox"/> iná lekárska dokumentácia (uved'te názov) .....	
Poistné plnenie žiadam poukázať	
Na adresu: .....	
na účet č.: ..... vedený v:.....	

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 poistej 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 pozabavujem lekárov mlčanlivosťou 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 vyšetroval. 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](http://www.union.sk).

V ..... dňa .....

.....  
Podpis poisteného

(poistníka, zákonného zástupcu)