

**OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI
z Poistenia onkologickej choroby**

Číslo poistnej zmluvy:

Údaje o poistenej osobe

Meno a priezvisko:	Rodné číslo:
Adresa (mesto, ulica a číslo, PSČ):	E-mail:
	Telefón:

Údaje o poistnej udalosti

Názov diagnózy (kód):	Dátum prvého diagnostikovania:
Meno a priezvisko lekára, ktorý stanovil diagnózu:	
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:	

Uvedte prosím akú liečbu ste podstúpili, prípadne je Vám odporúčaná:

<input type="checkbox"/> Operácia	
<input type="checkbox"/> Bola realizovaná	Dátum:
<input type="checkbox"/> Je naplánovaná	Predpokladaný dátum:
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:	
<input type="checkbox"/> Chemoterapia	
<input type="checkbox"/> Bola realizovaná	Dátum prvej chemoterapie: počet:
<input type="checkbox"/> Je naplánovaná	Predpokladaný dátum: počet:
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:	
<input type="checkbox"/> Rádioterapia	
<input type="checkbox"/> Bola realizovaná	Dátum prvej rádioterapie: počet:
<input type="checkbox"/> Je naplánovaná	Predpokladaný dátum: počet:
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:	
Bola liečba ukončená?	<input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE Dátum ukončenia liečby:
Meno a priezvisko ošetrojúceho lekára:	
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:	
Bola paliatívna starostlivosť zahájená?	<input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE Dátum:
Meno a priezvisko ošetrojúceho lekára:	
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:	

Došlo k recidíve ochorenia?

ÁNO NIE Dátum:

Meno a priezvisko ošetrujúceho lekára:

Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:

Doklady, ktoré je potrebné predložiť (kópie) – prosíme vás, aby ste označili zakrúžkovaním typ dokumentácie, ktorý nám zasielate s týmto Oznámením poistnej udalosti

1. Výpis diagnóz a výkonov z Vášho účtu poistenca zdravotnej poisťovne za posledných 5 rokov
2. Zdravotná karta – výpis
3. Pri hospitalizácii – Chorobopis, Prepúšťacia správa a Správa pre ošetrujúceho lekára
4. Žiadanky a výsledky histologického materiálu
5. Výsledky realizovaných diagnostických a terapeutických vyšetrení (RTG, CT, MRI,USG)
6. Lekárska správa o poskytnutej zdravotnej starostlivosti
7. Policajná správa
8. Iné:

Spôsob úhrady poistného plnenia

Poistné plnenie žiadam poukázať:

- Prevodom na účet č.:vedený v:
- Poštovým poukazom na adresu:

Prehlásenia a podpis

Som si je vedomý/á, že v zmysle zákona o poisťovníctve poisťovateľ môže spracúvať moje osobné údaje a osobné údaje poistených detí, vrátane informácií o zdravotnom stave. Informácie o spracúvaní osobných údajov pre dotknutú osobu sú na www.union.sk, časť Ochrana osobných údajov.

Prehlasujem, že na všetky otázky som odpovedal/a pravdivo a úplne. Som si vedomý/á možných dôsledkov v prípade uvedenia nepravdivých údajov alebo zamlčania závažných okolností, ktoré môžu mať za následok stratu poistnej ochrany a to i v prípade, že prostredníctvom nich nebude poisťovňa poškodená.

Som si vedomý/á, že Union poisťovňa, a.s. preskúma za účelom posúdenia svojej povinnosti poskytnúť poistné plnenie údaje, ktoré vyplývajú z dokladov, ktoré predkladám za účelom odôvodnenia svojich nárokov alebo z dokladov, ktoré si môže vyžiadať od poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a iných nižšie uvedených subjektov, k čomu ju splnomocňujem. Za týmto účelom zbavujem povinnosti mlčanlivosti všetkých príslušníkov lekárskeho personálu zdravotníckych zariadení, ktorí sa podieľali a/alebo podieľajú na mojej liečbe a ošetrovaní a to aj v prípade môjho úmrtia. Súčasne z rovnakého dôvodu zbavujem povinnosti mlčanlivosti všetky poisťovne, ktoré mi poskytujú zdravotné, sociálne, úrazové, nemocenské alebo životné poistenie a orgány polície, ak okolnosti poistnej udalosti boli nimi vyšetrowané.

Upozornenie: Pokiaľ Oznámenie poistnej udalosti osobne nevyplníate, overte si pred jeho podpísaním správnosť všetkých údajov.

V _____, dňa _____

podpis poisteného

(u maloletých podpis
zákonného zástupcu)

Dátum prijatia žiadosti: _____

Meno zamestnanca, ktorý žiadosť prijal: _____

Tel. číslo zamestnanca: _____