

**OZNÁMENIE ŠKODOVEJ UDALOSTI**  
**z Individuálneho zdravotného poistenia cudzincov na území SR**

Číslo poistnej zmluvy:

**Údaje o poistenej osobe**

Meno a priezvisko:	Dátum narodenia:
	*ak bolo pridelené Rodné číslo:
Miesto pobytu (mesto, ulica a číslo, PSČ):	E-mail:
	Telefón:

**Údaje o poistnej udalosti**

<b>Úraz</b>	Dátum, čas a miesto vzniku úrazu:
	Okolnosti vzniku úrazu:
	Druh zranenia:
	Kedy vám bola prvýkrát poskytnutá lekárska pomoc? (dátum, čas, zdravotnícke zariadenie)
	Bol/a ste v momente vzniku úrazu pod vplyvom alkoholu, liekov alebo omamných látok? áno      nie
	Vyšetrowala váš úraz polícia?      áno      nie      ak áno = priložte správu
<b>Ochorenie</b>	Názov ochorenia/Diagnóza:
	Kedy sa začali prejavovať prvé príznaky ochorenia:
	Kedy vám bola prvýkrát poskytnutá lekárska pomoc? (dátum, čas, zdravotnícke zariadenie)
	Bol/a ste už predtým ošetrovaný/á na túto chorobu?      áno      nie

**Doklady o poskytnutej zdravotnej starostlivosti**

**Som si vedomý/á skutočnosti, že nárok na úhradu liečebných nákladov za zdravotnú starostlivosť má len poistený, ktorý priloží k tomuto oznámeniu (v závislosti od druhu poskytnutej zdravotnej starostlivosti) nasledujúce doklady:**

- lekársku správu potvrdenú poskytovateľom ZS týkajúcu sa ochorenia, resp. úrazu, s uvedením diagnózy
- originálny** doklad o úhrade liečebných nákladov v hotovosti vystavený poskytovateľom ZS, ktorý musí obsahovať meno poisteného, dátum narodenia, pečiatku s dátumom vystavenia a podpis poskytovateľa ZS, vrátane kódov a rozpisu účtovaných výkonov podľa Katalógu zdravotných výkonov
- kópie receptov na lieky, ak boli vystavené v súvislosti so škodovou udalosťou
- doklad z registračnej pokladnice o úhrade liekov v hotovosti s uvedením druhu lieku, počtu balení a ceny
- originálny** doklad o úhrade nákladov na prevoz vystavený dopravnou službou (doklad musí obsahovať meno poisteného, jeho dátum narodenia, pečiatku a podpis zástupcu dopravnej služby vrátane sadzby za 1 km, trasu, počet kilometrov a cenu)

**Refundácia uhradených nákladov za zdravotnú starostlivosť**

V súlade s čl. 6 ods. 2 písm. J) Všeobecných poistných podmienok Individuálneho zdravotného poistenia cudzincov na území SR (ďalej „VPP IZPC“) žiadam o úhradu liečebných nákladov za zdravotnú starostlivosť (ďalej „ZS“) podľa čl. 10 VPP IZPC.

**Uveďte sumy na preplatenie a priložte originály účtov:**

Suma uhradená poistenou osobou (lekárske ošetrovanie, lieky, prevoz) \_\_\_\_\_ EUR

**Spôsob vyplatenia poistného plnenia:**

Prevodom na účet/IBAN formát:

Majiteľ účtu (meno, priezvisko/názov firmy):

Dátum narodenia/IČO:

**Prehlásenia a podpis**

Prehlásenie poisteného:

Prehlasujem, že som na všetky otázky odpovedal/a pravdivo a úplne a som si vedomý/á možných dôsledkov v prípade zamlčania závažných okolností alebo uvedenia nesprávnych informácií. Prehlasujem, že som sa oboznámil/a s ustanoveniami poistnej zmluvy o ochrane osobných údajov. 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, aby si v prípade potreby vyžiadal informácie o okolnostiach úrazu od 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. 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).

Prehlásenie majiteľa účtu:

Podľa platných právnych prepisov o ochrane osobných údajov podpisom tohto oznámenia škodovej udalosti dáva majiteľ účtu (pokiaľ je odlišný od poisteného) súhlas Union poisťovní, a.s. na spracovanie osobných údajov uvedených v tomto oznámení za účelom výplaty poistného plnenia. Súhlas je daný na dobu po dobu nevyhnutnú na dosiahnutie účelu a je možné ho kedykoľvek písomne odvolať. Odvolanie nemá spätné účinky. Osobné údaje majiteľa účtu budú použité výlučne pre účely výplaty poistného plnenia a nebudú poskytnuté tretej osobe. Spracúvané a archivované budú v internom informačnom systéme poisťovateľa.

V \_\_\_\_\_, dňa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Podpis poisteného  
(u maloletých zákonného zástupcu)

Podpis majiteľa účtu: \_\_\_\_\_  
(len ak je majiteľom účtu fyzická osoba, ktorá nie je totožná s poisteným)

Dátum prijatia žiadosti: \_\_\_\_\_

Meno zamestnanca, ktorý žiadosť prijal, kontaktné tel. číslo: