

OZNÁMENIE ŠKODOVEJ 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: **

*pre účel elektronickej komunikácie pri likvidácii škodových udalostí

**pre účel odoslania SMS notifikácie o uzavretí škodovej udalosti

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:

☐ Operácia

☐ Bola realizovaná Dátum:

☐ Je naplánovaná Predpokladaný dátum:

Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:

☐ Chemoterapia

☐ Bola realizovaná Dátum prvej chemoterapie: počet:

☐ Je naplánovaná Predpokladaný dátum: počet:

Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:

☐ Rádioterapia

☐ Bola realizovaná Dátum prvej rádioterapie: počet:

☐ Je naplánovaná Predpokladaný dátum: počet:

Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:

Bola liečba ukončená? ☐ ÁNO ☐ NIE Dátum ukončenia liečby:

Meno a priezvisko ošetrojúceho lekára:
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:

Bola paliatívna starostlivosť zahájená? ☐ ÁNO ☐ NIE Dátum:

Meno a priezvisko ošetrojúceho lekára:
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:

Došlo k recidíve ochorenia?

☐ ÁNO ☐ NIE

Dátum:

Meno a priezvisko ošetrojúceho 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 ošetrojúceho 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./ IBAN

☐ Poštovou poukážkou na adresu:

Majiteľ účtu:

☐ Meno/ názov:..... Dátum narodenia/IČO:

☐ Adresa/ sídlo:

Vyhlásenie

Poistený/ oznamovateľ vyhlasuje a svojím podpisom potvrdzuje, že všetky jeho odpovede a informácie uvedené v tomto oznámení sú pravdivé a úplné a žiadne informácie podstatné pre likvidáciu škodovej udalosti nezamlčal a je si vedomý /á právnych dôsledkov uvedenia nepravdivých alebo neúplných informácií a/alebo odpovedí na otázky poisťovne.

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.

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 škodovej udalosti boli nimi vyšetrowané.

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

V _____, dňa _____

.....
podpis poisteného
(resp. zákonného zástupcu)

Dátum prijatia žiadosti: _____

Meno zamestnanca, ktorý žiadosť prijal: _____

Tel. číslo zamestnanca: _____