

Oznámenie poistnej udalosti [križikom označte uzatvorený produkt poistenia]

Poistenie schopnosti splácať úver/pôžičku  Poistenie schopnosti splácať úver na bývanie  SIPO poistenie  Poistenie výdavkov

**Návod na vyplnenie tlačiva**

Tlačivo je zložené z dvoch častí:

- prvá a druhá strana tlačiva – body 1] až 6] oznámenia, sú určené na vypísanie pre Vás, nezabudnite doplniť miesto, dátum podpisu a oznámenie podpísať,
- tretia a štvrtá strana tlačiva – bod 7] oznámenia, je určený na vypísanie všeobecným, resp. praktickým lekárom poisteného.

Vami vyplnené oznámenie [body 1] až 6]] spolu s požadovanými dokladmi uvedenými v bode 5], predložte lekárovi, ktorý doplní bod 7] tlačiva a potvrdí údaje svojím podpisom a pečiatkou. Kompletne vyplnené tlačivo spolu s požadovanými dokladmi zašlite na adresu: Union poistovňa, a. s., Karadžičova 10, 813 60 Bratislava. Pozn.: Ak ste uhradili poplatok za vyplnenie údajov o zdravotnom stave poisteného, priložte originál dokladu o jeho uhradení.

**Dôležité upozornenia:** Pre úhradu ďalších čiastkových poistných plnení bude potrebné do poisťovne zasielať každý mesiac potvrdenie o pokračovaní pracovnej neschopnosti [najneskôr do 5. dňa kalendárneho mesiaca nasledujúceho po mesiaci, počas ktorého bol poistený práceneschopný].

Pri Poistení schopnosti splácať úver/pôžičku splátky úveru/pôžičky uhrádzajte naďalej až do oznámenia o ukončení šetrenia poistnej udalosti. O ukončení šetrenia poistnej udalosti Vás budeme informovať listom.

**Dátum uzavretia poistenia** [dátum podpisu žiadosti / zmluvy / dodatku]

**1] Identifikačné údaje poisteného**

Priezvisko	<input type="text"/>	Meno	<input type="text"/>	Titul	<input type="text"/>
Adresa trvalého bydliska [ulica, číslo, obec]	<input type="text"/>			PSČ	<input type="text"/>
Rodné číslo	<input type="text"/>	Tel. kontakt	<input type="text"/>	E - mail*	<input type="text"/>
Korešpondenčná adresa** [ulica, číslo, obec]	<input type="text"/>			PSČ	<input type="text"/>
Zdravotná poisťovňa	<input type="text"/>				
Druh činnosti vykonávanej v zamestnaní	<input type="text"/>				

**Údaje o všeobecnom, resp. praktickom lekárovi alebo lekárovi zamestnávateľa poisteného**

Priezvisko	<input type="text"/>	Meno	<input type="text"/>	Tel. kontakt	<input type="text"/>
Adresa [ulica, číslo, obec]	<input type="text"/>			PSČ	<input type="text"/>

**2] Identifikačné údaje osoby oznamujúcej poistnú udalosť** [vyplňte, len ak nie je totožná s poisteným]

Priezvisko	<input type="text"/>	Meno	<input type="text"/>	Titul	<input type="text"/>
Adresa [ulica, číslo, obec]	<input type="text"/>			PSČ	<input type="text"/>
Tel. kontakt	<input type="text"/>	E - mail*	<input type="text"/>		
Vzťah k poistenému [ďalej len „oznamovateľ“]	<input type="text"/>				

**3] Číslo účtu na úhradu poistného plnenia**

- **Poistenie schopnosti splácať úver** sa uhrádza na číslo úverového účtu, ku ktorému bolo poistenie zriadené.
- **Poistenie výdavkov a SIPO poistenie** – číslo účtu pre poistné plnenie je číslo účtu Poštovej karty a variabilný symbol je číslo Poštovej karty, ku ktorej bolo poistenie zriadené.
- Ak si želáte zaslať poistné plnenie na iný účet, prosím, uveďte:

Číslo účtu	<input type="text"/>	Kód banky	<input type="text"/>
Číslo účtu v tvare IBAN***	<input type="text"/>		

**4] Poistná udalosť**

Uveďte deň, mesiac a rok vzniku pracovnej neschopnosti [PN]

PN nastala v dôsledku  choroby – uveďte deň, mesiac a rok diagnostikovania choroby [vrátane tehotenstva]

úrazu – uveďte deň, mesiac a rok, kedy sa úraz stal

\* pre účel elektronickej komunikácie pri likvidácii škodových udalostí

\*\*vyplňte len ak sa líši od adresy trvalého bydliska

\*\*\*ak ste neuvedli číslo účtu v tvare číslo účtu a kód banky, uveďte číslo účtu v tvare IBAN

Ak ide o následky úrazu z minulosti, uveďte, o aký úraz išlo a tiež deň, mesiac a rok, kedy sa stal

<input type="checkbox"/> dopravnej nehody – uveďte deň, mesiac a rok dopravnej nehody	
<input type="checkbox"/> pokusu o samovraždu – uveďte deň, mesiac a rok pokusu o samovraždu	

Bol poistený už v minulosti PN z rovnakého dôvodu ako teraz?  Áno  Nie Ak áno, uveďte dátum trvania PN od – do

**Bol poistený k dátumu vzniku PN zamestnaný?**  Áno  Nie

Bol poistený k dátumu vzniku PN na materskej / rodičovskej dovolenke?  Áno  Nie

Bol vznik PN zapríčinený vplyvom alkoholu, omamných látok alebo nesprávnych dávok liekov?  Áno  Nie

Bol už poistenému priznaný starobný dôchodok?  Áno  Nie Čaká na jeho priznanie od – uveďte deň, mesiac a rok

Bol už poistenému priznaný invalidný dôchodok?  Áno  Nie Čaká na jeho priznanie od – uveďte deň, mesiac a rok

Bola už poistenému priznaná úrazová renta?  Áno  Nie Čaká na jej priznanie od – uveďte deň, mesiac a rok

Uveďte opis okolností vzniku PN zapríčinenej úrazom, dopravnou nehodou alebo pokusom o samovraždu [ak poistnú udalosť vyšetroval orgán činný v trestnom konaní, uveďte aj názov a adresu vyšetrovacieho orgánu, kontaktnú osobu a číslo vyšetrovacieho spisu]

--

#### 5] Požadované doklady [krížikom označte tie, ktoré prikladáte]

- potvrdenie dočasnej pracovnej neschopnosti** [I. časť] – kópia lekárom vystaveného dokladu
- prepúšťacia správa príslušného zdravotníckeho zariadenia** – kópia dokladu [ak bol poistený v dôsledku poistnej udalosti hospitalizovaný]
- doklad preukazujúci priznanie starobného dôchodku** – kópia dokladu [ak je poistený starobný dôchodca]
- doklad preukazujúci priznanie invalidného dôchodku** – kópia dokladu [ak je poistený invalidný dôchodca]
- doklad preukazujúci priznanie úrazovej renty** – kópia dokladu [ak je poistený poberateľom úrazovej renty]
- iné** [uveďte aké]

#### 6] Vyhlásenie poisteného/ oznamovateľa, informácie pre oznamovateľa o spracúvaní jeho osobných údajov

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.

Poistený/ oznamovateľ si je vedomý, že v zmysle zákona o poisťovníctve poisťovateľ môže spracúvať osobné údaje uvedené v tomto oznámení, vrátane priložených dokladov, za účelom likvidácie škodovej udalosti. Vyhlasuje, že sa oboznámil so základnými informáciami o ochrane osobných údajov pre dotknutú osobu umiestnenými na [www.union.sk](http://www.union.sk).

Poistený/ oznamovateľ splnomocňuje poisťovateľom oslovených lekárov a zdravotníckeho zariadenia na poskytnutie lekárskeho správ a výpisov zo zdravotnej dokumentácie týkajúcej sa úrazu a choroby alebo na ich zapožičanie, čím ich zároveň zbavuje povinnosti mlčanlivosti voči poisťovateľovi.. Splnomocňuje poisťovateľa, aby si v prípade potreby vyžiadal informácie o okolnostiach úrazu od orgánu polície, ktorý udalosť vyšetroval.

Oznamovateľ svojím podpisom potvrdzuje, že:

a)  je  nie je politicky exponovanou osobou v zmysle zákona č. 297/2008 Z. z<sup>1</sup>.

b)  je  nie je sankcionovanou osobou v zmysle zákona č. 289/2016 Z. z. o vykonávaní medzinárodných sankcií alebo v zmysle sankčných rezolúcií Organizácie spojených národov alebo Európskej únie, prípadne osobou na sankčných zoznamoch Spojených štátov amerických uverejnenými prostredníctvom Úradu pre kontrolu zahraničných stykov (OFAC).

Miesto a dátum podpisu oznámenia

--

Podpis oznamovateľa

--

V prípade, že oznámenie preberá zástupca Poisťovne, tento svojím podpisom potvrdzuje, že: a) identifikoval oznamovateľa, v prípade, že je osobou oprávnenou na poistné plnenie], b) údaje uvedené v tomto oznámení zodpovedajú údajom uvedeným v doklade totožnosti predloženom oznamovateľom, c) overil podobu oznamovateľa, ktorá zodpovedá jeho podobe uvedenej v jej doklade totožnosti.

Miesto a dátum overenia identifikácie

--

Meno a priezvisko zástupcu Poisťovne

--

Pečiatka a podpis zástupcu Poisťovne

--

<sup>1</sup> Politicky exponovanou osobou je fyzická osoba, ktorá je alebo bola vo významnej verejnej funkcii s celoštátnym alebo regionálnym významom (napr. hlava štátu, predseda vlády, minister, poslanec, primátor, predseda VÚC, starosta, sudca, veľvyslanec a pod.), a to vrátane fyzickej osoby, ktorá obdobnú funkciu vykonáva alebo vykonávala v inom štáte, v orgáne Európskej únie alebo v medzinárodnej organizácii, alebo osoba jej blízka (manžel, partner, rodič, syn/dcéra, zať/neveta a pod.) alebo s ňou v blízkom podnikateľskom vzťahu (spoločník alebo skutočný majiteľ rovnakej právnickej osoby). Viac viď § 6 zákona č. 297/2008 Z.z. o ochrane pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti a o ochrane pred financovaním terorizmu.

**7] Údaje o zdravotnom stave poisteného** [čitateľne vyplní a potvrdí všeobecný, resp. praktický lekár poisteného, pri nedostatku miesta pokračujte v bode 7c]

Meno a priezvisko poisteného  Rodné číslo poisteného

Výška poisteného v cm  Váha poisteného v kg  Dátum merania

**7a] Identifikácia choroby / úrazu, v dôsledku ktorej / ktorého vznikla poistná udalosť**

Uveďte diagnózu, v dôsledku ktorej vznikla poistná udalosť – uveďte jednotlivé diagnózy a rozpätie ich trvania počas práceneschopnosti [PN]

Kód dg. / dg. slovom	<input type="text"/>	Dátum od - do	<input type="text"/>
Kód dg. / dg. slovom	<input type="text"/>	Dátum od - do	<input type="text"/>
Kód dg. / dg. slovom	<input type="text"/>	Dátum od - do	<input type="text"/>
Kód dg. / dg. slovom	<input type="text"/>	Dátum od - do	<input type="text"/>
Kód dg. / dg. slovom	<input type="text"/>	Dátum od - do	<input type="text"/>

Bola v minulosti u poisteného diagnostikovaná [resp. dokladovaná v dokumentácii] vyššie uvedená choroba / úraz? Ak áno, kedy prvýkrát:

Kód dg.	<input type="text"/>	Dátum od	<input type="text"/>	Kód dg.	<input type="text"/>	Dátum od	<input type="text"/>
Kód dg.	<input type="text"/>	Dátum od	<input type="text"/>	Kód dg.	<input type="text"/>	Dátum od	<input type="text"/>

**7b] Zdravotný stav poisteného k dátumu uzatvorenia poistenia** [deň, mesiac, rok podpisu žiadosti / zmluvy / dodatku]

Uveďte, ktoré choroby alebo poruchy zdravotného stavu poistený mal / dodnes má zistené a kedy boli prvýkrát diagnostikované, resp. dokladované v dokumentácii: psychická porucha [vrátane závislostí], epilepsia, infarkt myokardu, kardiomyopatia, trombóza, diabetes mellitus [cukrovka], ischemická choroba dolných končatín alebo srdca, angina pectoris, ateroskleróza, cievne choroby mozgu, pľúcna embólia, zhubný novotvar [nádor], rakovina, ochrnutie, HIV/AIDS, Crohnova choroba, choroby pečene, choroby centrálnej nervovej sústavy [mozog, miecha, vrátane Parkinsonovej choroby, Alzheimerovej choroby, sklerózy multiplex], chronické ochorenie obličiek, encefalitída, astma, chronická obštrukčná choroba pľúc a priedušiek, chronické ochorenie pankreasu [podžalúdkovej žľazy].

Kód dg. / dg. slovom	<input type="text"/>	Dátum od	<input type="text"/>
Kód dg. / dg. slovom	<input type="text"/>	Dátum od	<input type="text"/>
Kód dg. / dg. slovom	<input type="text"/>	Dátum od	<input type="text"/>
Kód dg. / dg. slovom	<input type="text"/>	Dátum od	<input type="text"/>
Kód dg. / dg. slovom	<input type="text"/>	Dátum od	<input type="text"/>

Je poistený v súčasnosti PN?  Nie  Áno Ak áno uveďte diagnózu slovom a dátumom začiatku PN.

Kód dg. / dg. slovom  Začiatok PN

Užíva / al poistený pravidelne lieky?  Nie  Áno Ak áno, uveďte názov lieku, dávkovanie, začiatok a koniec užívania a diagnózu, kvôli ktorej ich užíva / al.

Začiatok lekárskeho dohľadu	Diagnóza	Dátum prvého diagnostikovania	Názov lieku	Užívanie od - do
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Je / bol poistený hospitalizovaný v nemocnici alebo v inom zdravotníckom zariadení?  Nie  Áno Ak áno, uveďte diagnózu a odkedy.

Kód dg. / dg. slovom  Začiatok hospitalizácie

Uveďte PN s diagnózami a trvaním PN v období 3 rokov pred dátumom uzatvorenia poistenia [dátum podpisu žiadosti / zmluvy / dodatku]

Diagnóza	Začiatok PN	Koniec PN	Diagnóza	Začiatok PN	Koniec PN
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Bol poistený uznaný invalidným a/alebo osobou so zmenenou pracovnou schopnosťou a/alebo osobou s ťažkým zdravotným postihnutím?

Áno Uveďte dátum od kedy  a mieru poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť

Nie Čaká na posúdenie od dátumu

Požiadal poistený o priznanie úrazovej renty?  Nie  Áno Úrazová renta bola priznaná [deň, mesiac, rok]

**7c] Miesto na doplnenie**

**7d] Čestné vyhlásenie všeobecného, resp. praktického lekára poisteného**

Všeobecný, resp. praktický lekár poisteného čestne vyhlasuje, že na všetky otázky odpovedal pravdivo a úplne a nezamlčal žiadne skutočnosti o zdravotnom stave poisteného, čo potvrdzuje svojim podpisom.

Miesto a dátum vyplnenia údajov o zdravotnom stave

Podpis a pečiatka lekára

Vaše prípadné otázky zodpovieme na tel. čísle **0850 003 333**.