



Poistovňa

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:**

* na účel elektronickej komunikácie pri likvidácii škodových udalostí

** na 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:

<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 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 poisťnej 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 poisťného plnenia

Poisťné 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 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 na účely posúdenia svojej povinnosti poskytnúť poisťné plnenie údaje, ktoré vyplývajú z dokladov, ktoré predkladám na účely odôvodnenia svojich nárokov alebo z dokladov, ktoré si môže vyžiadať od poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a iných ďalej uvedených subjektov, na čo ju splnomocňujem. Na tento účel zbavujem povinnosti mlčanlivosti všetkých príslušníkov lekárskeho personálu zdravotníckych zariadení, ktorí sa podieľali a/alebo podieľajú na mojej liečbe 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 vyšetřované.

Upozornenie: Pokiaľ Oznámenie škodovej udalosti osobne nevyplňate, 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: