

Návod na vyplnenie tlačiva

Tlačivo je zložené z dvoch častí:

- prvá a druhá strana tlačiva – body 1] až 5] oznámenia, sú určené na vypísanie pre Vás, nezabudnite doplniť miesto, dátum podpisu a oznámenie podpísať,
- tretia strana tlačiva – príloha o zdravotnom stave, je určená na vypísanie všeobecným, resp. praktickým lekárom poisteného.

Vami vyplnené oznámenie [body 1] až 5]] spolu s požadovanými dokladmi uvedenými v bode 4], predložte lekárovi, ktorý doplní prílohu o zdravotnom stave a potvrdí údaje svojím podpisom a pečiatkou.

Kompletne vyplnené tlačivo spolu s požadovanými dokladmi zašlite na adresu: Union poisťovňa, 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.

Poistná zmluva č.

Dátum vyhotovenia návrhu / uzavretia zmluvy

1] Identifikačné údaje poisteného

Priezvisko

Meno

Titul

Rodné číslo

Tel. kontakt

E - mail*

Adresa trvalého bydliska
[ulica, číslo, obec]

PSČ

Korešpondenčná adresa**
[ulica, číslo, obec]

PSČ

Zdravotná poisťovňa

Druh činnosti vykonávanej v
zamestnaní

Číslo účtu v tvare IBAN

Druh dokladu totožnosti

číslo dokladu totožnosti

Štátna príslušnosť

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

Priezvisko

Meno

Tel. kontakt

Adresa

[ulica, číslo, obec]

PSČ

Údaje o odbornom lekárovi poisteného

Priezvisko

Meno

Tel. kontakt

Adresa

[ulica, číslo, obec]

PSČ

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

Priezvisko

Meno

Titul

Tel. kontakt

E - mail*

Adresa

[ulica, číslo, obec]

PSČ

[ďalej len „oznamovateľ“]

3] Poistná udalosť

Uveďte deň, mesiac a rok vzniku invalidity poisteného

Invalidita nastala v dôsledku

☐

choroby – uveďte deň, mesiac a rok diagnostikovania choroby

☐

úrazu – uveďte deň, mesiac a rok úrazu

☐

pokusy o samovraždu – uveďte deň, mesiac a rok pokusu o samovraždu

Bola invalidita spôsobená 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

* pre účel elektronickej komunikácie pri likvidácii škodových udalostí

** vyplňte len ak sa líši od adresy trvalého bydliska

Uveďte opis okolností vzniku invalidity poisteného [ak udalosť súvisiacu so vznikom invalidity poisteného vyšetroval orgán činný v trestnom konaní, uveďte aj názov a adresu vyšetrovacieho orgánu a číslo vyšetrovacieho spisu]

4] Požadované doklady [krížikom označte tie, ktoré prikladáte]

- ☐ **právoplatné rozhodnutie Sociálnej poisťovne** – originál alebo overená kópia dokladu*
- ☐ **lekárska správa posudkového lekára** – kópia dokladu
- ☐ **prepúšťacia správa príslušného zdravotníckeho zariadenia** – kópia dokladu [ak bol poistený v dôsledku poistnej udalosti hospitalizovaný]
- ☐ **policajný protokol / uznesenie**, ak túto poistnú udalosť vyšetrovala polícia
- ☐ **súdne rozhodnutie** – ak ide o trestný čin [uveďte aký]
- ☐ **iné doklady** [uveďte aké]

pozn.: v prípade poisteného mladšieho ako 18 rokov veku rozhodnutie Sociálnej poisťovne nahrádza komplexný posudok podľa § 15 zákona č. 447/2008 Z. z. s vyjadrením, že ide o fyzickú osobu s ťažkým zdravotným postihnutím [teda s mierou funkčnej poruchy najmenej 50%]

5] 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 poistnej 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.

Poistený/ oznamovateľ splnomocňuje poisťovateľom oslovených lekárov a zdravotnícke zariadenia na poskytnutie lekárskeho správ a výpisov zo zdravotnej dokumentácie týkajúcich 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.¹,

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

Miesto a priezvisko zástupcu Poisťovne

Pečiatka a podpis zástupcu Poisťovne

¹ 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/nevesta a pod.) alebo s ňou v blízkom podnikateľskom vzťahu (spoločník alebo skutočný majiteľ rovnakej právnickej osoby). Viac vid' § 6 zákona č. 297/2008 Z.z. o ochrane pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti a o ochrane pred financovaním terorizmu.

Údaje o zdravotnom stave poisteného [čitateľne vyplní a potvrdí všeobecný, resp. praktický lekár poisteného]

Meno a priezvisko poisteného

Rodné číslo poisteného

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Výška poisteného v cm

Váha poisteného v kg

1] 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

Kód dg. / dg. slovom

Dátum od - do

Kód dg. / dg. slovom

Dátum od - do

Kód dg. / dg. slovom

Dátum od - do

Kód dg. / dg. slovom

Dátum od - do

Kód dg. / dg. slovom

Dátum od - do

Dátum vzniku danej choroby [t. j. dátum, kedy bola choroba prvýkrát diagnostikovaná, resp. dokladovaná v dokumentácii], ak išlo o úraz, uveďte dátum vzniku úrazu.

Kód dg.

Dátum od

Kód dg.

Dátum od

Kód dg.

Dátum od

Kód dg.

Dátum od

2] Zdravotný stav poisteného k dátumu vyhotovenia návrhu / uzavretia zmluvy – uveďte deň, mesiac a rok

Uveďte, ktoré iné choroby alebo poruchy zdravotného stavu poistený mal zistené [napr. vysoký krvný tlak, diabetes, srdcové choroby, obezita, rakovina alebo nádor akéhokoľvek druhu, psychická porucha vrátane závislostí] a kedy boli prvýkrát diagnostikované, resp. dokladované v dokumentácii.

Kód dg. / dg. slovom

Dátum od

Kód dg. / dg. slovom

Dátum od

Kód dg. / dg. slovom

Dátum od

Kód dg. / dg. slovom

Dátum od

Kód dg. / dg. slovom

Dátum od

Diagnóza		Koniec PN

Bol poistený uznaný invalidným a/alebo osobou so zmenenou pracovnou schopnosťou (po pracovnom úraze) 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

3] Čestné vyhlásenie všeobecného, resp. praktického lekára

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.

V prípade požiadavky revízného lekára poisťovne vyslovujem súhlas na účinnú spoluprácu a zapožičanie snímok RTG poisteného pre potreby objektívneho posúdenia revíznym lekárom poisťovne.

Miesto a dátum

Telefonický a e-mailový kontakt

Podpis a pečiatka lekára

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