

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 a štvrtá strana tlačiva — príloha oznámenia — správa ošetrojúceho lekára, je určená na vypísanie ošetrojúcim 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.

Informácie pre poisteného

- vznik poistnej udalosti je potrebné čo najskôr oznámiť poisťovní
- v prípade potreby Vás pozveme na lekársku prehliadku – postupujte podľa pokynov uvedených v predvolaní

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

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	
Adresa [ulica, číslo, obec]		Tel. kontakt		E - mail*	
			PSČ		

[ďalej len „oznamovateľ“]

3] Poistná udalosť

Prvé príznaky kritickej choroby poisteného sa prejavili [uvedte dátum] a presný čas [hh:mm]

Opište príznaky kritickej choroby a ťažkosti

Prvýkrát bola diagnóza kritickej choroby poistenému stanovená [uvedte dátum]

Uvedte názov kritickej choroby [diagnózu]

* pre účel elektronickej komunikácie pri likvidácii škodových udalostí ** vyplňte len ak sa líši od adresy trvalého bydliska

Uveďte názvy a adresy zdravotníckych zariadení, v ktorých sa poistený liečil po stanovení diagnózy kritickej choroby, dobu trvania liečby [dátum od – do], ako aj mená lekárov a spôsob liečby [operácia, dialýza, konzervatívna liečba v lôžkovom zariadení, kúpele a pod.]

Uveďte názov a adresu zdravotníckeho zariadenia a meno lekára, u ktorého je dostupná zdravotná dokumentácia o kritickej chorobe poisteného

Bola udalosť súvisiaca so vznikom kritickej choroby oznámená orgánom činným v trestnom konaní? ☐ Nie ☐ Áno Ak áno, uveďte:

Dátum oznámenia Orgán činný v trestnom konaní Číslo konania

Zodpovedná osoba

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

- ☐ **prepúšťacia správa príslušného zdravotníckeho zariadenia** – kópia dokladu [ak bol poistený v dôsledku poistnej udalosti hospitalizovaný]
- ☐ **súdne rozhodnutie** súvisiace s poistnou udalosťou
- ☐ **policajný protokol / uznesenie**, ak udalosť súvisiacu so vznikom kritickej choroby poisteného vyšetřovala polícia
- ☐ **iné doklady** súvisiace s poistnou udalosťou [uveďte aké]

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 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 vyšetřoval.

Oznamovateľ svojím podpisom potvrdzuje, že:

a)

☐ je ☐ nie je politicky exponovanou osobou v zmysle zákona č. 297/2008 Z. z¹.

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

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.

1] Správa ošetrojúceho lekára

Meno a priezvisko poisteného

Rodné číslo poisteného

Informácie pre lekára

Nižšie uvedená tabuľka podáva informáciu o:

- kritických chorobách krytých pripoistením kritickej choroby, podstúpení chirurgického zákroku alebo zaradení na čakaciu listinu pre orgánovú transplantáciu [ďalej len „kritické choroby“]
- nevyhnutných údajoch na stanovenie konečnej diagnózy kritickej choroby
- potvrdeniach, ktoré je poistený povinný predložiť poisťovní

Kritická choroba	Nevyhnutné údaje	Potvrdenia
Infarkt myokardu [akútna koronárna príhoda]	subjektívne ťažkosti, typické bolesti na hrudníku, typické zmeny v zázname EKG, elevácia špecifických kardiálnych enzýmov, troponínu alebo iných typických biochemických markerov	lekárske potvrdenie o diagnóze od kardiológa alebo internej kliniky, v ktorej bol poistený hospitalizovaný, a prepúšťacia správa o hospitalizácii z dôvodu infarktu myokardu
Akútna cievna mozgová príhoda [cerebrálna apoplexia]	subjektívne ťažkosti, trvalý neurologický deficit [napr. na základe ADL skóre]	lekárske potvrdenie o diagnóze a o neurologickom poškodení priamo súvisiacom s predmetnou príhodou od lekára neurologického oddelenia zdravotníckeho zariadenia
Rakovina	histologický nález, klasifikácia na základe TNM	lekárske potvrdenie o diagnóze od odborného lekára špecializovaného zdravotníckeho zariadenia
Benigný nádor mozgu	prítomnosť tumoru musí byť potvrdená CT vyšetrením alebo MRI	potvrdenie o vykonaní chirurgického zákroku alebo lekárske potvrdenie o permanentných neurologických symptómoch priamo súvisiacich s neoperabilným benigným nádorom mozgu, od odborného lekára špecializovaného zdravotníckeho zariadenia
Chronické renálne zlyhanie [zlyhanie obličiek]	výsledky vyšetrení, ktoré indikovali zaradenie do dialyzačného a/alebo transplantáčného programu, zahájenie a frekvencia dialýzy	lekárske potvrdenie o pravidelnej dialyzačnej liečbe trvajúcej aspoň tri po sebe nasledujúce mesiace od atestovaného nefrológa
Slepotá	subjektívne ťažkosti, oftalmologický nález, diagnóza permanentnej straty zraku by mala byť potvrdená v intervale minimálne šesť mesiacov po ochorení alebo úraze, ktoré boli bezprostrednými príčinami vyvolávajúcimi stratu zraku	oftalmologické lekárske potvrdenie od atestovaného oftalmológa najskôr po šiestich mesiacoch od stanovenia diagnózy u poisteného a potvrdzujúce jej trvalosť
Hluchota	subjektívne ťažkosti, nález, diagnóza by mala byť potvrdená v intervale minimálne šesť mesiacov po ochorení alebo úraze, ktoré boli bezprostrednými príčinami vyvolávajúcimi stratu sluchu	lekárske potvrdenie o diagnóze doložené audiometrickým vyšetrením od atestovaného otorinolaryngológa najskôr po šiestich mesiacoch od stanovenia diagnózy hluchoty u poisteného a potvrdzujúce jej trvalosť
Ochrmutie [paralýza]	subjektívne ťažkosti, presný popis úplného ochrnutia jednotlivých končatín [dátum stanovenia diagnózy]	lekárske potvrdenie o diagnóze ochrnutia najskôr však šesť mesiacov po stanovení diagnózy od neurologickej odbornej kliniky alebo atestovaného neurológa
Transplantácia životne dôležitých orgánov	výsledky vyšetrení, ktoré indikovali zaradenie do transplantáčného programu, operačná diagnóza a vlastný výkon, kópia operačnej vložky	lekárske potvrdenie o transplantácii chirurgii alebo o zaradení poisteného na národnú listinu čakateľov pre transplantáciu od odborného lekára špecializovaného zdravotníckeho zariadenia na území SR, ktoré transplantáciu chirurgiu vykonalo alebo zaradenie pre transplantáciu uskutočnilo
Cievna chirurgia s náhradou aorty štepom [operácia aorty]	subjektívne ťažkosti, predoperačný popis disekujúcej aneuryzmy aorty, kópia operačnej vložky	operačnú správu a prepúšťacia správa od odborného lekára špecializovaného zdravotníckeho zariadenia na území SR, ktoré operáciu vykonalo. Ak bola operácia vykonaná mimo územia SR, je potrebný predbežný súhlas poisťovne na vykonanie operácie v zahraničí a operačná a prepúšťacia správa špecializovaného zdravotníckeho zariadenia zo zahraničia* * Zdravotnú dokumentáciu zo zahraničia je potrebné predložiť i v overenom preklade do slovenského jazyka.
Popáleniny	presný popis popálenín III. stupňa s postihnutím minimálne 30 % telesného povrchu	lekárske potvrdenie o diagnóze popáleniny III. stupňa s popisom lokalizácie a rozsahu popálenín od odborného lekára
HIV/AIDS v dôsledku profesijnej expozície [HIV získaná v zamestnaní]	krvné testy v priebehu piatich dní od príhody, ktoré dokážu absenciu HIV alebo jeho protilátok, dôkaz existencie HIV vírusu alebo HIV protilátok vykonaný najskôr po štyroch mesiacoch po príhode prostredníctvom ďalšieho testu krvi	lekárske potvrdenie o diagnóze od odborného lekára
HIV/AIDS v dôsledku transfúzie krvi [HIV získaná počas transfúzie krvi]	zdravotnícke zariadenie, ktoré kontaminovanú krvnú konzervu podalo, musí písomne potvrdiť svoju zodpovednosť za prenos vírusu HIV na poisteného	lekárske potvrdenie o diagnóze od odborného lekára a lekárské potvrdenie dokladujúce, že príčinou infekcie vírusom HIV alebo ochorenia AIDS je transfúzia infikovanej krvnej konzervy od odborného lekára zdravotníckeho zariadenia, ktoré transfúziu vykonalo
Parkinsonova choroba	subjektívne ťažkosti, neschopnosť [bez kontinuálnej asistencie inej osoby] vykonávať tri alebo viac aktivít bežného denného života [ADL klasifikácia], diagnóza musí byť stanovená vo veku do 60 rokov atestovaným neurológom a opakovane potvrdená najskôr však tri mesiace po stanovení diagnózy atestovaným neurológom	lekárske potvrdenie o diagnóze najskôr však tri mesiace po stanovení diagnózy atestovaným neurológom
Alzheimerova choroba	subjektívne ťažkosti, diagnóza musí byť stanovená pred dovŕšením veku 60 rokov a opakovane potvrdená najskôr však tri mesiace po stanovení diagnózy atestovaným neurológom	lekárske potvrdenia o diagnóze najskôr však tri mesiace po stanovení diagnózy atestovaným neurológom
Skleróza multiplex	subjektívne ťažkosti, výsledky vyšetrení CT alebo MR, počet relapsov [dátum od – do]	lekárske potvrdenie o diagnóze najskôr však šesť mesiacov od stanovenia diagnózy od atestovaného neurológa
Encefalitída	subjektívne ťažkosti, neurologický nález	lekárske potvrdenie o diagnóze najskôr však tri mesiace od stanovenia diagnózy od atestovaného neurológa

Uvedte, ktorá z vyššie uvedených kritických chorôb bola poistenému diagnostikovaná, resp. aký typ výkonu bol vykonaný.

Uvedte dátum stanovenia diagnózy

Uvedte dátum opakovaného potvrdenia diagnózy

Uvedte dátum vykonania chirurgického zákroku alebo zaradenia na čakaciu listinu pre orgánovú transplantáciu

Uvedte príznaky, vyšetrenia a nálezy [podľa tabuľky uvedenej v tomto tlačíve]

Uvedte názov a adresu zdravotníckeho zariadenia, v ktorom bola stanovená diagnóza, meno odborného lekára[ov] a telefonický kontakt.

Uvedte dátum zistenia prvých príznakov kritickej choroby alebo porúch, ktoré súvisia s kritickou chorobou

Uvedte názov a adresu zdravotníckeho zariadenia, v ktorom boli zistené prvé príznaky kritickej choroby, meno odborného lekára[ov] a telefonický kontakt.

Doplňujúce zdravotné oznámenia ošetrojúceho lekára

2] Čestné vyhlásenie ošetrojúceho lekára

Ako ošetrojúci lekár poisteného vyhlasujem, že všetky moje odpovede a informácie uvedené v tomto oznámení sú pravdivé a nezamlčal som žiadne skutočnosti o zdravotnom stave poisteného.

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

Telefón a e-mail na ošetrojúceho lekára

Podpis a pečiatka lekára

Adresa ambulancie ošetrojúceho lekára poisteného

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