

OZNÁMENIE ŠKODOVEJ UDALOSTI z Individuálneho zdravotného poistenia cudzincov na území SR

Číslo poistnej zmluvy:

Údaje o poistenej osobe

Meno a priezvisko poistenej osoby:	Dátum narodenia: (ak bolo pridelené) Rodné číslo:
Meno a priezvisko zákonného zástupcu poistenej osoby:	Poistník:
Miesto pobytu (mesto, ulica a číslo, PSČ)/prechodný pobyt v SR:	E-mail:
	Telefón:*

Údaje o poistnej udalosti

* pre účel odoslania SMS notifikácie o uzavretí škodovej udalosti

Úraz	Dátum, čas a miesto vzniku úrazu:
	Okolnosti vzniku úrazu:
	Druh zranenia:
	Kedy vám bola prvýkrát poskytnutá lekárska pomoc? (dátum, čas, zdravotnícke zariadenie)
	Bol/a ste v momente vzniku úrazu pod vplyvom alkoholu, liekov alebo omamných látok? ☐ áno ☐ nie
	Vyšetrovala váš úraz polícia? ☐ áno ☐ nie ak áno, priložte prosím policajnú správu
Ochorenie	Názov ochorenia/Diagnóza:
	Kedy sa začali prejavovať prvé príznaky ochorenia:
	Kedy vám bola prvýkrát poskytnutá lekárska pomoc? (dátum, čas, zdravotnícke zariadenie)
	Bol/a ste už predtým vyšetrovaný/á alebo liečený/á na túto chorobu? ☐ áno ☐ nie

Som si vedomý/á skutočnosti, že nárok na úhradu liečebných nákladov za zdravotnú starostlivosť má len poistený, ktorý priloží k tomuto oznámeniu (v závislosti od druhu poskytnutej zdravotnej starostlivosti) nasledujúce doklady:

- ☐ lekársku správu týkajúcu sa ochorenia, resp. úrazu, s uvedením diagnózy a potvrdenú poskytovateľom ZS
- ☐ **originál** dokladu o úhrade liečebných nákladov v hotovosti vystavený poskytovateľom ZS, ktorý musí obsahovať meno poisteného, dátum narodenia, pečiatku s dátumom vystavenia a podpis poskytovateľa ZS, vrátane kódov a rozpisu účtovaných výkonov podľa Katalógu zdravotných výkonov
- ☐ kópie receptov na lieky, ak boli vystavené v súvislosti so škodovou udalosťou
- ☐ doklad z registračnej pokladnice o úhrade liekov v hotovosti s uvedením druhu lieku, počtu balení a ceny
- ☐ **originál** dokladu o úhrade nákladov na prevoz vystavený dopravnou službou (doklad musí obsahovať meno poisteného, jeho dátum narodenia, pečiatku a podpis zástupcu dopravnej služby vrátane sadzby za 1 km, trasu, počet kilometrov a cenu)

Refundácia uhradených nákladov za zdravotnú starostlivosť**Uveďte sumy na preplatenie a priložte originály účtov:**

Suma uhradená poistenou osobou (lekárske ošetrovanie, lieky, prevoz)

_____EUR

Spôsob vyplatenia poistného plnenia:Prevodom na účet/**IBAN** formát vedený v banke na území SR:

Majiteľ účtu (meno, priezvisko/názov firmy):

Dátum narodenia/IČO:

Údaje pre účet v banke mimo územia SR:

SWIFT:

BIC kód:

Presný názov a adresa banky:

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.

Splnomocňujem poisťovateľom oslovených lekárov a zdravotnícke zariadenia na poskytnutie mojich lekárskeho správ a výpisov zo zdravotnej dokumentácie týkajúcich sa úrazu alebo na ich zapožičanie, čím ich zároveň zbavujem povinnosti mlčanlivosti voči poisťovateľovi..

Splnomocňujem poisťovateľa, aby si v prípade potreby vyžiadal informácie o okolnostiach úrazu od orgánu polície, ktorý udalosť vyšetroval.

Prehlásenie majiteľa účtu: Podľa platných právnych predpisov o ochrane osobných údajov podpisom tohto oznámenia škodovej udalosti dáva majiteľ účtu (pokiaľ je odlišný od poisteného) súhlas Union poisťovni, a.s. na spracovanie osobných údajov uvedených v tomto oznámení za účelom výplaty poistného plnenia. Súhlas je daný na dobu po dobu nevyhnutnú na dosiahnutie účelu a je možné ho kedykoľvek písomne odvolať. Odvolanie nemá spätné účinky. Osobné údaje majiteľa účtu budú použité výlučne pre účely výplaty poistného plnenia a nebudú poskytnuté tretej osobe. Spracúvané a archivované budú v internom informačnom systéme poisťovateľa.

V _____, dňa _____

podpis poisteného

(u maloletých zákonného zástupcu)

Dátum prijatia žiadosti: _____

Meno zamestnanca, ktorý žiadosť prijal, kontaktné tel. číslo: