

OZNÁMENIE ŠKODOVEJ UDALOSTI v prípade priznania invalidity

Číslo škodovej udalosti: _____

Poistník Číslo poisťnej zmluvy, z ktorej si uplatňujete nárok na poisťné plnenie:

Priezvisko, meno, titul:	Rodné číslo:
Adresa:	Vzťah k poistenému:
E-mail:	Telefónne číslo:
Ste politicky exponovanou osobou? ☐ áno ☐ nie Ak áno uveďte Vaše postavenie:	

Poistený

Priezvisko, meno, titul:	Rodné číslo:
Adresa:	
Číslo ID: (nutné priložiť kópiu dokladu totožnosti)	E-mail: ** Telefónne číslo:
Ste politicky exponovanou osobou? ☐ áno ☐ nie Ak áno uveďte Vaše postavenie:	

**pre účel elektronickej komunikácie pri likvidácii škodových udalostí

Dátum vzniku ochorenia (prvé diagnostikovanie ochorenia), v dôsledku ktorého je poistená osoba invalidná:	Dátum úrazu, v dôsledku ktorého je poistená osoba uznaná za invalidnú:
Kedy sa po prvýkrát objavili príznaky ochorenia, resp. úrazu:	Popis príznakov:

V prípade úrazu podrobne opíšte spôsob a okolnosti vzniku úrazu a popis poranenia:

Vyšetřovala okolnosti vzniku úrazu polícia? ☐ áno ☐ nie	Vznikol úraz následkom požitia alkoholu alebo iných omamných látok? ☐ áno ☐ nie
--	--

Poisťné plnenie pre pripočítanie invalidity žiadam poukázať:

☐ bankovým prevodom - účet v tvare IBAN:	☐ poštovým poukazom na adresu:
---	---

*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 viď § 6 zákona č. 297/2008 Z.z. o ochrane pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti a o ochrane pred financovaním terorizmu.

Vyhlásenie poisteného:

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 nezamĺchal 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 lekárskejších správ a výpisov zo zdravotnej dokumentácie týkajúcej sa úrazu alebo na ich zapožičanie, čím ich zároveň zbavujem povinnosti mlčanlivosti voči poisťovateľovi. Splnomocňujem poisťovateľa v prípade potreby vyžiadať si: a) informácie o mojom zdravotnom stave v Sociálnej poisťovni; b) výpis z účtu poistenca zdravotnej poisťovne v príslušnej zdravotnej poisťovni; c) informácie o okolnostiach úrazu orgánu polície, ktorý udalosť vyšetroval.

V _____ dňa _____ podpis poisteného

Meno a priezvisko zamestnanca poisťovateľa, ktorý Oznámenie škodovej udalosti v prípade priznania invalidity prevzal a svojím

podpisom potvrdil overenie totožnosti poisteného: _____

V _____ dňa _____ pečiatka a podpis zamestnanca poisťovateľa

K uplatneniu nároku z poistenia je nutné predložiť nasledovné doklady (priložené doklady vyznačte krížikom):

- ☐ kópia záznamu o prvom diagnostikovaní ochorenia, resp. úrazu
- ☐ výmer zo Sociálnej poisťovne o priznaní invalidného dôchodku (Rozhodnutie z Ústredia Sociálnej poisťovne)
- ☐ lekárska správa z posudkovej komisie zo Sociálnej poisťovne - posudok revízného lekára (Lekárska správa, časť Zápisnica a posudok - z pobočky SP)
- ☐ kópia lekárskej prepúšťacej správy z nemocnice
- ☐ kompletne lekárske správy z odborných vyšetrení od začiatku príznakov ochorenia, resp. úrazu
- ☐ kópia záverečného uznesenia policajného zboru (ak okolnosti vzniku úrazu vyšetrovala polícia)
- ☐ kópia identifikačného dokladu poisteného

Dovoľujeme si Vás informovať, že v zmysle Osobitných dojednaní k Všeobecným poistným podmienkam platí, že pre uplatnenie nároku na oslobodenie od platenia poistného na každý ďalší poistný rok je poistený povinný počas posledných 3 mesiacov predchádzajúceho poistného roka, najneskôr 30 dní pred jeho koncom, bez vyzvania predložiť doklad s dátumom vystavenia nie starším ako 2 mesiace, preukazujúci, že poistený je naďalej invalidný a má pokles schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť o viac ako 70 % v porovnaní so zdravou fyzickou osobou, pokiaľ poisťovateľ neurčí inak.