

OZNÁMENIE ŠKODOVEJ UDALOSTI z poistenia chirurgických zákrokov detí

Číslo škodovej udalosti: _____

| | |
|---|--|
| Poistník - meno, priezvisko alebo názov firmy, IČO: | Číslo poistnej zmluvy, z ktorej si uplatňujete nárok na poistné plnenie: |
| Poistené dieťa - meno, priezvisko, adresa: | Rodné číslo poisteného dieťaťa: |
| Zákonný zástupca - meno, priezvisko a adresa: | Vzťah k poistenému dieťaťu (matka, otec, ...): |
| Tel. č. zákonného zástupcu:* | E-mail zákonného zástupcu:** |

*pre účel odoslania SMS notifikácie o uzavretí škodovej udalosti

**pre účel elektronickej komunikácie pri likvidácii škodových udalostí

| | |
|---|--|
| Chirurgický zákrok bol nevyhnutný z dôvodu: <input type="checkbox"/> choroby <input type="checkbox"/> úrazu <input type="checkbox"/> iného dôvodu, akého: _____ | Druh vykonaného chirurgického zákroku: |
| Dátum vykonania chirurgického zákroku: | Hospitalizácia od: _____ do: _____ |
| Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia, kde bol chirurgický zákrok vykonaný: | |
| Presný dátum vzniku choroby alebo úrazu, ktoré viedli k vykonaniu chirurgického zákroku: | |
| Diagnóza ochorenia, resp. úrazu, kvôli ktorej poistené dieťa podstúpilo chirurgický zákrok: | |
| Podrobný opis okolností vzniku choroby alebo úrazu: | |
| Ak bola dôvodom chirurgického zákroku choroba, kedy a kým boli zistené prvé príznaky ochorenia, v dôsledku ktorého bol vykonaný chirurgický zákrok: | |
| Druh ťažkostí: _____ | |
| Liečba ochorenia, resp. ťažkostí prebiehala od: _____ do: _____ | |
| Ak bol dôvodom chirurgického zákroku úraz, došlo k nemu pri: <input type="checkbox"/> pracovnej činnosti - presný druh vykonávanej práce _____ <input type="checkbox"/> mimopracovnej činnosti - akej _____ <input type="checkbox"/> športovej činnosti - presný druh športu _____ | |
| Priložte: <input type="checkbox"/> lekársku prepúšťaciu správu zo zdravotníckeho zariadenia, kde bol poistený hospitalizovaný <input type="checkbox"/> záznam z prvého ošetrenia, kedy bolo ochorenie / úraz po prvýkrát diagnostikované | |
| Poistné plnenie žiadam poukázať: <input type="checkbox"/> bankovým prevodom - číslo účtu v tvare IBAN: _____ <input type="checkbox"/> poštovým poukazom na adresu: _____ | |

Vyhlasenie poisteného (resp. zákonného zástupcu 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 lekárskeho 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, resp. zákonného zástupcu

Poplatok za vyhotovenie správy ošetrojúceho lekára hradí poistená osoba, resp. zákonný zástupca poisteného dieťaťa. Poistovňa uhradí poistenému náklady na vyhotovenie správy lekára zvýšením sumy poistného plnenia o 5,00 EUR, na základe priloženého príjmového pokladničného dokladu.

Správa ošetrojúceho lekára o chirurgickom zákroku poistenej osoby uvedenej na prednej strane oznámenia

| | | |
|---|---------|---------|
| Ošetrojúci lekár - meno, priezvisko, titul: | Tel.č.: | E-mail: |
| Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia: | | |

| | |
|--|--|
| Druh vykonaného chirurgického zákroku: | Dátum vykonania chirurgického zákroku: |
| Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia, kde bol chirurgický zákrok vykonaný: | Kedy bol chirurgický zákrok po prvýkrát navrhnutý: |

| | |
|---|--|
| Chirurgický zákrok v dôsledku choroby | |
| Diagnóza ochorenia, v dôsledku ktorého bol chirurgický zákrok vykonaný: | |
| Dátum diagnostikovania ochorenia, v dôsledku ktorého bol vykonaný chirurgický zákrok: | |
| Liečil sa poistený pre súvisiace ťažkosti s diagnostikovaným ochorením, v dôsledku ktorého bol vykonaný chirurgický zákrok, aj v minulosti? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie | |
| Ak áno, uveďte odkedy: _____ dokedy: _____ Druh ťažkostí: _____ | |
| Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia: | |

| | |
|---|--|
| Chirurgický zákrok v dôsledku úrazu | |
| Prvé lekárske ošetrenie v dôsledku úrazu dňa _____ o hod. _____ | |
| Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia: | |
| Podrobný popis telesného poškodenia spôsobeného úrazom s určením jeho rozsahu a príčiny: | |
| Diagnóza vlastného zranenia: | |
| Spôsob a druh liečby: | |
| RTG / MR / CT / sono - nález s opisom: | |
| Došlo k úrazu pod vplyvom alkoholu? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Ak áno, uveďte zistené ‰ alkoholu v krvi: _____ | |
| Došlo k úrazu pod vplyvom omamných či toxických látok, drog? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Ak áno, akých: _____ | |
| Bola poranená časť tela funkčne postihnutá už pred úrazom? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Ak áno, ako a v akom rozsahu: _____ | |
| Môžete vylúčiť úmyselné sebaopoškodenie poisteného? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Prečo? _____ | |
| Bol chirurgický zákrok vykonaný z estetických dôvodov? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie | |
| Bol poistený za účelom chirurgického zákroku hospitalizovaný? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Ak áno, odkedy: _____ dokedy: _____ | |
| Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia: | |

Potvrdenie a vyhlásenie ošetrojúceho lekára:

Potvrďujem, že som poisteného: _____ rodné číslo: _____

ošetroval a vykonal chirurgický zákrok

vypracoval správu o chirurgickom zákroku na základe zdravotnej dokumentácie o chirurgickom zákroku, ktorý bol vykonaný v dôsledku choroby, resp. úrazu poisteného uvedeného na prednej strane oznámenia, vystavenej zdravotníckym zariadením: _____

Vyhlasujem, že všetky mnou uvedené údaje sú pravdivé, úplné a zodpovedajú skutočnosti.

V _____ dňa _____

pečiatka zdravotníckeho zariadenia
a podpis ošetrojúceho lekára