

OZNÁMENIE ŠKODOVEJ UDALOSTI z pripoistenia hospitalizácie poisteného v dôsledku úrazu alebo choroby

Číslo škodovej udalosti: _____

Poistník - meno, priezvisko alebo názov firmy, IČO:	Číslo poistnej zmluvy, z ktorej si uplatňujete nárok na poistné plnenie:
Poistený - meno, priezvisko:	Rodné číslo poisteného:
Adresa poisteného:	Číslo ID (doklad totožnosti):
Povolanie (uveďte súčasné povolanie):	Tel. č. poisteného:*
	E-mail poisteného:**
	Zamestnávateľ - názov, adresa:
Zákonný zástupca - meno, priezvisko a adresa (prosíme vyplniť, ak poistený nie je plnoletý):	Vzťah k poistenému (matka, otec, ...):

*pre účel odoslania SMS notifikácie o uzavretí škodovej udalosti **pre účel elektronickej komunikácie pri likvidácii škodových udalostí

Uveďte meno a adresu Vášho ošetrojúceho lekára, príp. odborných lekárov, ktorí majú záznamy o Vašom zdravotnom stave:

Dátum začiatku hospitalizácie: _____ Dátum ukončenia hospitalizácie: _____

Názov a adresa nemocnice, kde bol poistený hospitalizovaný:

Išlo o hospitalizáciu z dôvodu: ☐ choroby ☐ úrazu ☐ komplikácií v tehotenstve ☐ pôrodu

Je dátum začiatku hospitalizácie zhodný s dátumom vzniku choroby / úrazu / komplikácií v tehotenstve? ☐ áno ☐ nie

Ak nie, uveďte presný dátum a hodinu vzniku choroby / úrazu / komplikácií v tehotenstve:

Miesto a adresa prvého lekárskeho ošetrovania (ak bolo ošetrovanie poskytnuté v inom zdravotníckom zariadení, t.j. nie v nemocnici, kde bol poistený hospitalizovaný):

Opíšte podrobne spôsob a okolnosti vzniku choroby / úrazu / komplikácií v tehotenstve:

Boli ste už niekedy pred uzavretím poistnej zmluvy hospitalizovaný v súvislosti s chorobou, ktorá bola dôvodom hospitalizácie? ☐ áno ☐ nie

Ak áno, uveďte dátum hospitalizácie (od - do) a adresu nemocnice, kde sa hospitalizácia uskutočnila:

Boli ste už niekedy v čase pred uzavretím poistnej zmluvy liečený, lekársky sledovaný alebo vyšetrovaný v súvislosti s chorobou, ktorá bola dôvodom hospitalizácie? ☐ áno ☐ nie

Ak áno, uveďte, kedy Vám bola táto choroba diagnostikovaná prvý raz a meno a adresu lekára, príp. zdravotníckeho zariadenia, ktoré chorobu diagnostikovalo:

Ak bol dôvodom hospitalizácie úraz, došlo k nemu pri:

- ☐ pracovnej činnosti - presný druh vykonávanej práce _____
- ☐ mimopracovnej činnosti - akej _____
- ☐ športovej činnosti - presný druh športu _____

Máte v inej poisťovni platné poistenie, z ktorého vyplýva nárok na plnenie v prípade hospitalizácie v dôsledku úrazu alebo choroby? ☐ áno ☐ nie

Ak áno, uveďte názov poisťovne, názov poistenia a dennú dávku, na ktorú máte nárok:

☐ poštovým poukazom na adresu:

[illegible]

Krížikom označte ďalšie priložené doklady: ☐ lekárska dokumentácia preukazujúca vznik choroby alebo úrazu

1

iná lekárska dokumentácia, uveďte názov:

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 lekárskejších správ a výpisov zo zdravotnej dokumentácie týkajúcich 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.

Meno a priezvisko poisteného resp. zákonného zástupcu poisteného

V _____ dňa _____

podpis poisteného, resp. zákonného zástupcu
poisteného