

OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI
z Individuálneho zdravotného poistenia cudzincov na území SR

Číslo poistnej zmluvy:

Údaje o poistenej osobe

Meno a priezvisko:	Dátum narodenia: <small>*ak bolo pridelené</small>
	Rodné číslo:
Miesto pobytu (mesto, ulica a číslo, PSČ):	E-mail:
	Telefón:

Údaje o poistnej 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
	Vyšetřovala váš úraz polícia? áno nie ak áno = priložte 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 ošetrovaný/á na túto chorobu? áno nie

Doklady o poskytnutej zdravotnej starostlivosti

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 potvrdenú poskytovateľom ZS týkajúcu sa ochorenia, resp. úrazu, s uvedením diagnózy
- originálny** doklad 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 s poistnou udalosťou
- doklad z registračnej pokladnice o úhrade liekov v hotovosti s uvedením druhu lieku, počtu balení a ceny
- originálny** doklad 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

V súlade s čl. 6 ods. 2 písm. J) Všeobecných poisťných podmienok Individuálneho zdravotného poistenia cudzincov na území SR (ďalej „VPP IZPC“) žiadam o úhradu liečebných nákladov za zdravotnú starostlivosť (ďalej „ZS“) podľa čl. 10 VPP IZPC.

Uveďte sumy na preplatenie a priložte originály účtov:

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

Spôsob vyplatenia poisťného plnenia:

Prevodom na účet/IBAN formát:

Majiteľ účtu (meno, priezvisko/názov firmy):

Dátum narodenia/IČO:

Prehlásenia a podpis

Prehlásenie poisteného:

Vyhlasujem, že som na všetky otázky odpovedal/a pravdivo a úplne a som si vedomý/á možných dôsledkov v prípade zamlčania závažných okolností alebo uvedenia nesprávnych informácií. Vyhlasujem, že som sa oboznámil/a s ustanoveniami poisťnej zmluvy o ochrane osobných údajov. Súhlasím, aby si Union poisťovňa, a.s. vyžiadala všetku potrebnú zdravotnú dokumentáciu o mojom liečení a celkovom zdravotnom stave. Súčasne pozbavujem lekára mlčanlivosti o všetkých skutočnostiach týkajúcich sa môjho zdravotného stavu. Taktiež súhlasím, aby si Union poisťovňa, a.s. v prípade potreby vyžiadala informácie o okolnostiach úrazu od orgánu polície, ktorý udalosť vyšetroval. Poistený týmto dáva lekárovi výslovný písomný súhlas s poskytnutím údajov o jeho zdravotnom stave Union poisťovni, a.s. Poistený týmto dáva poisťovateľovi výslovný písomný súhlas: a) so spracovaním jeho osobných údajov, ako aj osobitnej kategórie osobných údajov v informačnom systéme poisťovateľa v súvislosti s dojednaným poistením a so sprístupnením týchto údajov tretím osobám v súvislosti so správou poistenia a likvidáciou poisťných udalostí. Súhlas sa udeľuje na dobu do vysporiadania všetkých záväzkov vyplývajúcich z poisťnej zmluvy; b) s tým, aby tretie osoby, ktorým poisťovateľ poskytol osobné údaje, spracovali osobné údaje v rozsahu a na účel vyplývajúci z ich právneho postavenia, maximálne na dobu desiatich rokov od ukončenia zmluvného vzťahu medzi poisťovateľom a poisťníkom/poisteným, pričom ustanovenia osobitných právnych predpisov tým nie sú dotknuté d) na získavanie osobných údajov kopírovaním, skenovaním alebo iným zaznamenávaním úradných dokladov na nosič informácií. Poistený je oprávnený tento súhlas odvolať. Odvolanie nemá spätné účinky.

Prehlásenie majiteľa účtu:

Podľa zákona 122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov podpisom tohto oznámenia poisťnej 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 poisťného plnenia. Súhlas je daný na dobu neurčitú a je možné ho kedykoľvek písomne odvolať. Odvolanie nemá spätné účinky. Osobné údaje majiteľa účtu budú použité výlučne pre účely výplaty poisťného plnenia a nebudú poskytnuté tretej osobe. Spracúvané a archivované budú v internom informačnom systéme poisťovateľa.

V _____, dňa _____

Podpis poisteného
(u maloletých zákonného zástupcu)

Podpis majiteľa účtu: _____
(len ak je majiteľom účtu fyzická osoba, ktorá nie je totožná s poisteným)

(iba ak ide o fyzickú osobu, ktorá nie je totožná s poisteným)

Dátum prijatia žiadosti: _____

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