

OZNÁMENIE ŠKODOVEJ UDALOSTI

z Poistenia ušlého zárobku v dôsledku pracovnej neschopnosti

**VYPLNENÉ OZNÁMENIE O PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI ZASIELAJTE SPOLU S KÓPIOU
POTVRDENIA O DOČASNEJ PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI !**

Poistený – priezvisko, meno:	Číslo poistnej zmluvy, z ktorej si uplatňujete nárok na poistné plnenie:
Adresa poisteného:	Rodné číslo poisteného:
<i>Tel. č. poisteného *</i> *Na uvedené číslo Vám bude zároveň odoslaná SMS notifikácia o uzavretí škodovej udalosti	E-mail poisteného:
Povolanie (uvedte súčasné povolanie)	Adresa zamestnávateľa:
Uvedte meno a adresu Vášho ošetrojúceho lekára, jeho odbornosť :	
Miesto, kde sa počas PN zdržujete (presná adresa):	
Predpokladané trvanie práceneschopnosti do (dátum):	
Máte lekárom povolené vychádzky? áno / nie (ak áno, uvedte hodiny a dni)	
Máte v inej poisťovni platné poistenie, z ktorého vyplýva nárok na plnenie v dôsledku pracovnej neschopnosti? áno / nie (ak áno uvedte názov poisťovne, názov poistenia, dennú dávku na ktorú máte nárok)	
Vznikla pracovná neschopnosť v dôsledku úrazu? áno / nie	
Ak ide o ochorenie uvedte kód diagnózy a popis daného ochorenia, s ktorým ste PN:	
1. Ide o prvú diagnostiku daného ochorenia?	
2. Máte plánovanú operáciu počas PN?	
3. Ak áno súvisí operačný zákrok s ochorením, ktoré uvádzate ako dôvod PN?	
Ak ide o úraz uvedte okolností jeho vzniku:	
Plnenie žiadam poukázať na: <input type="checkbox"/> adresu: <input type="checkbox"/> účet č.: vedený v:	

Prehlasujem, že som na všetky otázky odpovedal pravdivo a úplne a som si vedomý možných dôsledkov v prípade zamlčania závažných okolností alebo uvedenia nesprávnych informácií. Splnomocňujem poisťovateľa 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.

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. Prehlasujem, že som sa oboznámil/a so základnými informáciami o ochrane osobných údajov pre dotknutú osobu umiestnenými na www.union.sk.

V dňa

.....
podpis poisteného