

## OZNÁMENIE ŠKODOVEJ UDALOSTI pre produkt ZDRAVIE MAXI Doplnkové zdravotné poistenie

<b>Poistený – priezvisko, meno:</b>	<b>Číslo poistnej zmluvy, z ktorej si uplatňujete nárok na poistné plnenie:</b>
<b>Adresa poisteného:</b>	<b>Rodné číslo poisteného:</b>
<b>Tel. č. poisteného:*</b>	<b>E-mail poisteného:</b>
<b>Povolanie (uved'te súčasné povolanie):</b>	<b>Adresa zamestnávateľa:</b>

\*Na uvedené číslo Vám bude zároveň odoslaná SMS notifikácia o uzavretí škodovej udalosti

Meno a adresa Vášho ošetrojúceho lekára, jeho odbornosť:
Dátum a hodina, kedy došlo k úrazu:
Miesto vzniku úrazu:
Ktorá časť tela bola poranená?
Podrobný popis okolnosti úrazu:
Vyšetrovala udalosť polícia? <input type="checkbox"/> <b>áno</b> <input type="checkbox"/> <b>nie</b> Ak áno, priložte fotokópiu správy polície, ktorá nehodu šetrila)
Miesto a adresa prvého lekárskeho ošetrovania:
Platili ste poplatok za zdravotnú starostlivosť? <input type="checkbox"/> <b>áno</b> <input type="checkbox"/> <b>nie</b> Ak áno, uved'te typ zdravotnej starostlivosti <input type="checkbox"/> lieky predpísané lekárom (predložte fotokópiu lekárskeho predpisu a doklad z reg. pokladne) <input type="checkbox"/> zdravotnícke pomôcky (predložte fotokópiu lekárskeho poukazu a potvrdenie o úhrade) <input type="checkbox"/> okuliare a optické pomôcky (predložte fotokópiu lekárskeho poukazu a potvrdenie o úhrade) <input type="checkbox"/> stomatologická zdravotná starostlivosť v dôsledku úrazu (predložte potvrdenie o úhrade a lekársku správu) <input type="checkbox"/> nadštandardná nemocničná izba (predložte prepúšťaciu správu a doklad o úhrade) <input type="checkbox"/> náklady za jednodňovú starostlivosť (predložte potvrdenie o úhrade a lekársku správu) <input type="checkbox"/> náklady pri hospitalizácii dieťaťa (predložte prepúšťaciu správu a doklad o úhrade) <input type="checkbox"/> cestovné náklady pri návšteve hospitalizovaného (predložte prepúšťaciu správu a cestovné lístky)
Podstúpili ste v dôsledku úrazu chirurgický zákrok a boli ste v tejto súvislosti hospitalizovaný? <input type="checkbox"/> <b>áno</b> <input type="checkbox"/> <b>nie</b> (Ak áno, priložte prepúšťaciu správu z hospitalizácie)
Plnenie žiadam poukázať na: <input type="checkbox"/> účet č.: ..... vedený v: ..... <input type="checkbox"/> adresu: .....

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. Prehlasujem, že som sa oboznámil s ustanoveniami poistnej 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 lekárov mlčanlivosti o všetkých skutočnostiach týkajúcich sa môjho zdravotného stavu. Taktiež súhlasím, aby si Union poisťovňa, a.s. v prípade potreby vyžiadala: **a)** informácie o mojom zdravotnom stave v Sociálnej poisťovni; **b)** výpis z karty poistenca zdravotnej poisťovne v príslušnej zdravotnej poisťovni; **c)** 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. 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](http://www.union.sk).

V ..... dňa .....

.....  
Podpis poisteného  
(poistníka, zákonného zástupcu)