

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:
	Číslo ID (doklad totožnosti):
Adresa poisteného:	Tel. č. poisteného:*
	E-mail poisteného:
Povolanie (uveďte súčasné povolanie):	Zamestnávateľ - názov, adresa:

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

Chirurgický zákrok bol nevyhnutný z dôvodu: <input type="checkbox"/> choroby <input type="checkbox"/> úrazu <input type="checkbox"/> komplikácií v tehotenstve <input type="checkbox"/> pôrodu	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 / úrazu / komplikácií v tehotenstve, ktoré viedli k vykonaniu chirurgického zákroku:	
Diagnóza ochorenia, resp. úrazu, kvôli ktorej ste podstúpili chirurgický zákrok:	
Podrobný opis okolností vzniku choroby / úrazu / komplikácií v tehotenstve:	
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 prepúšťajúcu 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:

Vyhlasujem, že som na všetky otázky odpovedal pravdivo a úplne a som si vedomý možných dôsledkov v prípade zamlčania závažných okolností alebo uvedenia nesprávnych informácií. 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 zdravotníckeho 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 policie, ktorý udalosť vyšetroval.

V _____ dňa _____

_____ podpis poisteného, resp. zákonného zástupcu

Poplatok za vyhotovenie správy ošetrujúceho 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 ošetrujúceho lekára o chirurgickom zákroku poistenej osoby uvedenej na prednej strane oznámenia

Ošetrujúci 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? áno 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? áno nie Ak áno, uveďte zistené % alkoholu v krvi: _____

Došlo k úrazu pod vplyvom omamných či toxických látok, drog? áno nie Ak áno, akých: _____

Bola poranená časť tela funkčne postihnutá už pred úrazom? áno nie Ak áno, ako a v akom rozsahu: _____

Môžete vylúčiť úmyselné seba poškodenie poisteného? áno nie Prečo? _____

Bol chirurgický zákrok vykonaný z estetických dôvodov? áno nie

Bol poistený za účelom chirurgického zákroku hospitalizovaný? áno nie Ak áno, odkedy: _____ dokedy: _____

Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:

Potvrdenie a vyhlásenie ošetrujúceho lekára:

Potvrdzujem, 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 ošetrujúceho lekára