

OZNÁMENIE ŠKODOVEJ UDALOSTI v prípade priznania invalidity

Číslo škodovej udalosti: _____

Poistník Číslo poisťnej zmluvy, z ktorej si uplatňujete nárok na poisťné plnenie:

Priezvisko, meno, titul:	Rodné číslo:
Adresa:	Vzťah k poistenému:
E-mail:	Telefónne číslo:
Ste politicky exponovanou osobou?* <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Ak áno uveďte Vaše postavenie:	

Poistený

Priezvisko, meno, titul:	Rodné číslo:	
Adresa:		
Číslo ID: (nutné priložiť kópiu dokladu totožnosti)	E-mail:	Telefónne číslo:
Ste politicky exponovanou osobou?* <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Ak áno uveďte Vaše postavenie:		

Dátum vzniku ochorenia (prvé diagnostikovanie ochorenia), v dôsledku ktorého je poistená osoba invalidná:	Dátum úrazu, v dôsledku ktorého je poistená osoba uznaná za invalidnú:
Kedy sa po prvýkrát objavili príznaky ochorenia, resp. úrazu:	Popis príznakov:
V prípade úrazu podrobne opíšte spôsob a okolnosti vzniku úrazu a popis poranenia:	
Vyšetrovala okolnosti vzniku úrazu polícia? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	Vznikol úraz následkom požitia alkoholu alebo iných omamných látok? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie

Poisťné plnenie pre pripoistenie invalidity žiadam poukázať:

bankovým prevodom - účet v tvare IBAN:

poštovým poukazom na adresu: _____

*Politicky exponovanou osobou je fyzická osoba, ktorá je alebo bola vo významnej verejnej funkcii s celoštátnym alebo regionálnym významom (napr. hlava štátu, predseda vlády, minister, poslanec, primátor, predseda VÚC, starosta, sudca, veľvyslanec a pod.), a to vrátane fyzickej osoby, ktorá obdobnú funkciu vykonáva alebo vykonávala v inom štáte, v orgáne Európskej únie alebo v medzinárodnej organizácii, alebo osoba jej blízka (manžel, partner, rodič, syn/dcéra, zať/nevesta a pod.) alebo s ňou v blízkom podnikateľskom vzťahu (spoločník alebo skutočný majiteľ rovnakej právnickej osoby). Viac viď § 6 zákona č. 297/2008 Z.z. o ochrane pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti a o ochrane pred financovaním terorizmu.

Vyhlasenie poisteného:

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 polície, ktorý udalosť vyšetroval.

V _____ dňa _____ podpis poisteného

Meno a priezvisko zamestnanca poisťovateľa, ktorý Oznámenie škodovej udalosti v prípade priznania invalidity prevzal a svojim podpisom potvrdil overenie totožnosti poisteného: _____

V _____ dňa _____ pečiatka a podpis zamestnanca poisťovateľa

K uplatneniu nároku z poistenia je nutné predložiť nasledovné doklady (priložené doklady vyznačte krížikom):

- kópia záznamu o prvom diagnostikovaní ochorenia, resp. úrazu
- výmer zo Sociálnej poisťovne o priznaní invalidného dôchodku (Rozhodnutie z Ústredia Sociálnej poisťovne)
- lekárska správa z posudkovej komisie zo Sociálnej poisťovne - posudok revízneho lekára (Lekárska správa, časť Zápisnica a posudok - z pobočky SP)
- kópia lekárskej prepúšťacej správy z nemocnice
- kompletne lekárske správy z odborných vyšetrení od začiatku príznakov ochorenia, resp. úrazu
- kópia záverečného uznesenia policajného zboru (ak okolnosti vzniku úrazu vyšetřovala polícia)
- kópia identifikačného dokladu poisteného