

## OZNÁMENIE ŠKODOVEJ UDALOSTI z pripoistenia kritických chorôb

Číslo škodovej udalosti: \_\_\_\_\_

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

Priezvisko, meno, titul:	Rodné číslo:
--------------------------	--------------

**Poistený**

Priezvisko, meno, titul:	Rodné číslo:	
Adresa:		
Číslo ID: <b>(nutné priložiť kópiu dokladu totožnosti)</b>	E-mail:	Telefónne číslo:*

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

**Zákonný zástupca v prípade kritickej choroby poisteného dieťaťa**

Priezvisko, meno, titul:	Rodné číslo:	
Adresa:		
Číslo ID: <b>(nutné priložiť kópiu dokladu totožnosti)</b>	E-mail:	Telefónne číslo:*

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

Dátum vzniku ochorenia (prvé diagnostikovanie ochorenia):	Dátum operácie v dôsledku ochorenia / úrazu:
Kedy sa po prvýkrát objavili príznaky ochorenia, resp. úrazu:	Popis príznakov:
Adresa lekára, kde ste sa pre uvedené ťažkosti liečili:	
V prípade úrazu podrobne opíšte spôsob, okolnosti vzniku úrazu a popis poranenia:	
Vyšetrowala 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
Ste politicky exponovanou osobou?* <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Ak áno uveďte Vaše postavenie:	
Poisťné plnenie žiadam poukázať:	
<input type="checkbox"/> bankovým prevodom - účet v tvare IBAN:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> poštovým poukazom na adresu:	

V \_\_\_\_\_ dňa \_\_\_\_\_ podpis poisteného

Meno a priezvisko zamestnanca poisťovateľa, ktorý Oznámenie škodovej udalosti z pripoistenia kritických chorôb prevzal a svojím podpisom potvrdil overenie totožnosti poisteného, resp. totožnosti zákonného zástupcu poisteného dieťaťa:

\_\_\_\_\_

V \_\_\_\_\_ dňa \_\_\_\_\_

pečiatka a podpis zamestnanca poisťovateľa

**Doklady, ktoré je potrebné doložiť k likvidácii škodovej udalosti:**

- správa z odborného pracoviska, ktoré stanovilo alebo potvrdilo diagnózu (napr.: CT, MR, Biopsia)
- 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, resp. zákonného zástupcu

\*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 vid' § 6 zákona č. 297/2008 Z.z. o ochrane pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti a o ochrane pred financovaním terorizmu.

**Vyhlasenie zákonného zástupcu poisteného dieťaťa:**

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](http://www.union.sk). Splnomocňujem poisťovateľom oslovených lekárov a zdravotnícke zariadenia na poskytnutie mojich lekárskejších správ a výpisov zo zdravotnej dokumentácie týkajúcich 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 vyšetřoval.

Meno a priezvisko zákonného zástupcu poisteného: \_\_\_\_\_

V \_\_\_\_\_ dňa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ podpis zákonného zástupcu poisteného dieťaťa