

Návod na vyplnenie tlačiva

Tlačivo je zložené z dvoch častí:

- prvá a druhá strana tlačiva — body 1] až 4] oznámenia, sú určené na vypísanie pre Vás, nezabudnite doplniť miesto, dátum podpisu a oznámenie podpísať,
- tretia strana tlačiva — príloha o zdravotnom stave, je určená na vypísanie všeobecným, resp. praktickým lekárom poisteného.

Vami vyplnené oznámenie [body 1] až 4]], predložte lekárovi, ktorý doplní prílohu o zdravotnom stave a potvrdí údaje svojim podpisom a pečiatkou.

Kompletne vyplnené tlačivo zašlite na adresu: Union poisťovňa, a. s., Karadžičova 10, 813 60 Bratislava.

Pozn.: Ak ste uhradili poplatok za vyplnenie údajov o zdravotnom stave poisteného, priložte originál dokladu o jeho uhradení.

Poistná zmluva č.

Dátum vyhotovenia návrhu / uzavretia zmluvy

1] Identifikačné údaje poisteného

Priezvisko		Meno		Titul	
Rodné číslo		Tel. kontakt		E - mail*	
Adresa trvalého bydliska [ulica, číslo, obec]				PSČ	
Korešpondenčná adresa** [ulica, číslo, obec]				PSČ	
Zdravotná poisťovňa					
Druh činnosti vykonávanej v zamestnaní					
Číslo účtu v tvare IBAN					
Druh dokladu totožnosti			číslo dokladu totožnosti		
Štátna príslušnosť					

Údaje o všeobecnom, resp. praktickom lekárovi

Priezvisko		Meno		Tel. kontakt	
Adresa [ulica, číslo, obec]				PSČ	

2] Identifikačné údaje osoby oznamujúcej poistnú udalosť [vyplňte, len ak nie je totožná s poisteným]

Priezvisko		Meno		Titul	
Adresa [ulica, číslo, obec]		Tel. kontakt		E - mail*	
				PSČ	

Vyplňte, len ak oznamovateľ je súčasne zákonným alebo splnomocneným zástupcom poisteného:

Rodné číslo			
Druh dokladu totožnosti		číslo dokladu totožnosti	
Štátna príslušnosť		Vzťah k poistenému	

[ďalej len „oznamovateľ“]

3] Poistná udalosť

Uvedte deň, mesiac a rok nástupu poisteného do zdravotníckeho zariadenia

Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia, v ktorom bol poistený hospitalizovaný

Hospitalizácia nastala v dôsledku ☐ choroby [vrátane tehotenstva] ☐ úrazu

Dôvod hospitalizácie v zdravotníckom zariadení [diagnóza]

Dátum prepustenia zo zdravotníckeho zariadenia

Predpokladaná doba hospitalizácie pokiaľ hospitalizácia ešte trvá

*pre účel elektronickej komunikácie pri likvidácii škodových udalostí

**vyplňte len ak sa líši od adresy trvalého bydliska

4] Vyhlásenie poisteného/ oznamovateľa, informácie pre oznamovateľa o spracúvaní jeho osobných údajov

Poistený/ oznamovateľ vyhlasuje a svojím podpisom potvrdzuje, že všetky jeho odpovede a informácie uvedené v tomto oznámení sú pravdivé a úplné a žiadne informácie podstatné pre likvidáciu poistnej udalosti nezamlčal a je si vedomý /á právnych dôsledkov uvedenia nepravdivých alebo neúplných informácií a / alebo odpovedí na otázky poisťovne.

Poistený/ oznamovateľ si je vedomý/á, že v zmysle zákona o poisťovníctve poisťovateľ môže spracúvať osobné údaje uvedené v tomto oznámení, vrátane priložených dokladov, za účelom likvidácie škodovej udalosti. Vyhlasuje, že sa oboznámil so základnými informáciami o ochrane osobných údajov pre dotknutú osobu umiestnenými na www.union.sk.

Poistený/ oznamovateľ splnomocňuje poisťovateľom oslovených lekárov a zdravotnícke zariadenia na poskytnutie lekárskeho správ a výpisov zo zdravotnej dokumentácie týkajúcich sa úrazu a choroby alebo na ich zapožičanie, čím ich zároveň zbavuje povinnosti mlčanlivosti voči poisťovateľovi.. Splnomocňuje poisťovateľa, aby si v prípade potreby vyžiadal informácie o okolnostiach úrazu od orgánu polície, ktorý udalosť vyšetroval.

Oznamovateľ svojím podpisom potvrdzuje, že:

a)

☐ je☐ nie je

politicky exponovanou osobou v zmysle zákona č. 297/2008 Z. z¹.,

b)

☐ je☐ nie je

sankcionovanou osobou v zmysle zákona č. 289/2016 Z. z. o vykonávaní medzinárodných sankcií alebo v zmysle sankčných rezolúcií Organizácie spojených národov alebo Európskej únie, prípadne osobou na sankčných zoznamoch Spojených štátov amerických uverejnenými prostredníctvom Úradu pre kontrolu zahraničných stykov (OFAC).

Miesto a dátum podpisu oznámenia

Podpis oznamovateľa

V prípade, že oznámenie preberá zástupca Poisťovne, tento svojím podpisom potvrdzuje, že: a] identifikoval oznamovateľa, v prípade, že je osobou oprávnenou na poistné plnenie], b] údaje uvedené v tomto oznámení zodpovedajú údajom uvedeným v doklade totožnosti predloženom oznamovateľom, c] overil podobu oznamovateľa, ktorá zodpovedá jeho podobe uvedenej v jej doklade totožnosti.

Miesto a dátum overenia identifikácie

Meno a priezvisko zástupcu Poisťovne

Pečiatka a podpis zástupcu Poisťovne

Vaše prípadné otázky zodpovieme na tel. čísle **0850 003 333**

¹ 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.

životné poistenie
úrazové poistenie
oznámenie poistnej udalosti – príloha o zdravotnom stave

Údaje o zdravotnom stave poisteného [čitateľne vyplní a potvrdí všeobecný, resp. praktický lekár poisteného]

Meno a priezvisko poisteného

Rodné číslo poisteného

Výška poisteného v cm

Váha poisteného v kg

1] Identifikácia choroby / úrazu / tehotenstva, v dôsledku ktorej / ktorého vznikla poistná udalosť – hospitalizácia

Dátum prijmu

Dátum prepustenia

Dátumy priepustiek trvajúcich viac ako 24 hodín

Dôvod hospitalizácie

☐

Úraz

☐

Choroba

☐

Tehotenstvo - uveďte termín očakávaného pôrodu

Dátum úrazu alebo 1. diagnostikovania choroby

Diagnóza podľa WHO

Diagnóza slovom

Bol porušený liečebný režim?

☐

Nie

☐

Áno

2] Zdravotný stav poisteného k dátumu vyhotovenia návrhu / uzavretia zmluvy – uveďte deň, mesiac a rok

Uveďte, ktoré iné choroby alebo poruchy zdravotného stavu poistený mal zistené [napr. vysoký krvný tlak, diabetes, srdcové choroby, obezita, rakovina alebo nádor akéhokoľvek druhu, psychická porucha vrátane závislosti] a kedy boli prvýkrát diagnostikované, resp. dokladované v dokumentácii.

Kód dg. / dg. slovom

Dátum od

Kód dg. / dg. slovom

Dátum od

Kód dg. / dg. slovom

Dátum od

Kód dg. / dg. slovom

Dátum od

Kód dg. / dg. slovom

Dátum od

Diagnóza		Koniec PN

Bol poistený uznaný invalidným a/ alebo osobou so zmenenou pracovnou schopnosťou a/ alebo osobou s ťažkým zdravotným postihnutím?

☐

Áno

Uveďte dátum od kedy

a mieru poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť

☐

Nie

Čaká na posúdenie od dátumu

3] Čestné vyhlásenie všeobecného, resp. praktického lekára

Všeobecný, resp. praktický lekár poisteného čestne vyhlasuje, že na všetky otázky odpovedal pravdivo a úplne a nezamlčal žiadne skutočnosti o zdravotnom stave poisteného, čo potvrdzuje svojim podpisom.

V prípade požiadavky revízneho lekára poisťovne vyslovujem súhlas na účinnú spoluprácu a zapožičanie snímok RTG poisteného pre potreby objektívneho posúdenia revíznym lekárom poisťovne.

Miesto a dátum

Telefonický a e-mailový kontakt

Podpis a pečiatka lekára

Vaše prípadné otázky zodpovieme na tel. čísle 0850 003 333.