

Oznámenie poistnej udalosti [krížikom označte druh poistnej udalosti]

☐ Pracovná neschopnosť následkom úrazu ☐ Invalidita následkom úrazu

Návod na vyplnenie tlačiva

Tlačivo je zložené z dvoch častí:

- prvá, druhá a tretia strana tlačiva — body 1] až 6] oznámenia, sú určené na vypísanie pre Vás, nezabudnite doplniť miesto, dátum a oznámenie podpísať,
- štvrtá strana tlačiva — bod 7] oznámenia, je určený na vypísanie všeobecným, praktickým, resp. ošetrovateľom lekárom poisteného.

Vami vyplnené oznámenie [body 1] až 6]] spolu s požadovanými dokladmi uvedenými v bode 4b] alebo 5b], predložte lekárovi, ktorý doplní bod 7] tlačiva a potvrdí údaje svojím podpisom a pečiatkou.

Kompletne vyplnené tlačivo spolu s požadovanými dokladmi 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.

Dôležité upozornenia:

Pre úhradu ďalších čiastkových poistných plnení bude potrebné do poisťovne zasielať každý mesiac potvrdenie o pokračovaní pracovnej neschopnosti [najneskôr do 5. dňa kalendárneho mesiaca nasledujúceho po mesiaci, počas ktorého bol poistený práceneschopný].

Dátum uzavretia poistenia [dátum podpisu žiadosti / zmluvy / dodatku]

1] Identifikačné údaje poisteného

Priezvisko		Meno		Titul	
Adresa trvalého bydliska [ulica, číslo, obec]				PSČ	
Rodné číslo		Tel. kontakt		E - mail*	
Korešpondenčná adresa** [ulica, číslo, obec]				PSČ	
Zdravotná poisťovňa					
Druh činnosti vykonávanej v zamestnaní					

Údaje o všeobecnom, resp. praktickom lekárovi alebo lekárovi zamestnávateľa poisteného

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]				PSČ	
Tel. kontakt		E - mail*			
Vzťah k poistenému					

[ďalej len „oznamovateľ“]

3] Číslo účtu na úhradu poistného plnenia

- **SIPO poistenie** – číslo účtu pre poistné plnenie je číslo účtu Poštovej karty a variabilný symbol je číslo Poštovej karty, ku ktorej bolo poistenie zriadené.
- Ak si želáte zaslať poistné plnenie na iný účet, prosím, uveďte:

Číslo účtu		Kód banky	
Číslo účtu v tvare IBAN***			

* pre účel elektronickej komunikácie pri likvidácii škodových udalostí

**vyplňte len ak sa líši od adresy trvalého bydliska

***ak ste neuviedli číslo účtu v tvare číslo účtu a kód banky, uveďte číslo účtu v tvare IBAN

4a) Poistná udalosť pracovná neschopnosť následkom úrazu

Uveďte deň, mesiac a rok vzniku pracovnej neschopnosti [PN]

PN nastala v dôsledku ☐ úrazu – uveďte deň, mesiac a rok, kedy sa úraz stal

Ak ide o následky úrazu z minulosti, uveďte, o aký úraz išlo a tiež deň, mesiac a rok, kedy sa stal

☐ dopravnej nehody – uveďte deň, mesiac a rok dopravnej nehody

☐ pokusu o samovraždu – uveďte deň, mesiac a rok pokusu o samovraždu

Bol poistený už v minulosti PN z rovnakého dôvodu ako teraz?

☐

Áno ☐ Nie

Ak áno, uveďte dátum trvania PN od – do

Bol poistený k dátumu vzniku PN zamestnaný? ☐ Áno ☐ Nie

Bol poistený k dátumu vzniku PN na materskej / rodičovskej dovolenke?

☐

Áno ☐ Nie

Bol vznik PN zapríčinený vplyvom alkoholu, omamných látok alebo nesprávnych dávok liekov?

☐

Áno ☐ Nie

Bol poistenému priznaný starobný dôchodok? ☐ Áno ☐ Nie Uveďte dátum od kedy

Bol poistenému priznaný invalidný dôchodok? ☐ Áno ☐ Nie Uveďte dátum od kedy

Bola poistenému priznaná úrazová renta? ☐ Áno ☐ Nie Uveďte dátum od kedy

Uveďte opis okolností vzniku PN zapríčinených úrazom, dopravnou nehodou alebo pokusom o samovraždu

Ak poistnú udalosť vyšetroval orgán činný v trestnom konaní, uveďte aj názov a adresu vyšetrovacieho orgánu, kontaktnú osobu a číslo vyšetrovacieho spisu

4b) Požadované doklady k poistnej udalosti pracovná neschopnosť následkom úrazu [krížikom označte tie, ktoré prídáte]

- ☐ potvrdenie dočasnej pracovnej neschopnosti [l. časť] – kópia lekárom vystaveného dokladu
- ☐ zdravotná dokumentácia z priebehu liečby úrazu vr. dokladu z prvotného ošetrenia úrazu
- ☐ prepúšťacia správa príslušného zdravotníckeho zariadenia – kópia dokladu [ak bol poistený v dôsledku poistnej udalosti hospitalizovaný]
- ☐ doklad preukazujúci priznanie starobného dôchodku – kópia dokladu [ak je poistený starobný dôchodca]
- ☐ doklad preukazujúci priznanie invalidného dôchodku – kópia dokladu [ak je poistený invalidný dôchodca]
- ☐ doklad preukazujúci priznanie úrazovej renty – kópia dokladu [ak je poistený poberateľom úrazovej renty]
- ☐ iné [uveďte aké]

5a) Poistná udalosť invalidita následkom úrazu

Uveďte deň, mesiac a rok vzniku invalidity

Invalidita nastala v dôsledku ☐ úrazu – uveďte deň, mesiac a rok, kedy sa stal úraz

☐ dopravnej nehody – uveďte deň, mesiac a rok dopravnej nehody

☐ pokusu o samovraždu – uveďte deň, mesiac a rok pokusu o samovraždu

Bola invalidita spôsobená vplyvom alkoholu, omamných látok alebo nesprávnych dávok liekov?

☐

Áno ☐ Nie

Bol poistenému priznaný starobný dôchodok? ☐ Áno ☐ Nie Uveďte dátum od kedy

Bola poistenému priznaná úrazová renta? ☐ Áno ☐ Nie Uveďte dátum od kedy

Uveďte opis okolností vzniku invalidity následkom úrazu

Ak udalosť súvisiacu so vznikom invalidity poisteného vyšetroval orgán činný v trestnom konaní, uveďte aj názov a adresu vyšetrovacieho orgánu, kontaktnú osobu a číslo vyšetrovacieho spisu

5b) Požadované doklady k poistnej udalosti invalidita následkom úrazu [krížikom označte tie, ktoré prídáte]

- ☐ **právoplatné rozhodnutie Sociálnej poisťovne o priznaní invalidného dôchodku** – úradne overená kópia dokladu
- ☐ **lekárska správa posudkového lekára z pobočky Sociálnej poisťovne [Zápisnica, Posudok]** – kópia dokladu
- ☐ **prepúšťacia správa príslušného zdravotníckeho zariadenia** – kópia dokladu [ak bol poistený v dôsledku poistnej udalosti hospitalizovaný]
- ☐ **protokol alebo uznesenie**, ak udalosť vyšetrovala polícia
- ☐ **súdne rozhodnutie, ak ide o trestný čin** [uvedte aký]
- ☐ **iné** [uvedte aké]

6] 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 škodovej 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, 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 zdravotníckeho 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.

Miesto a dátum podpisu oznámenia

Meno, priezvisko a podpis oznamovateľa

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

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

Rodné číslo

Meno a priezvisko poisteného

Prvé lekárske ošetrenie bolo vykonané, uveďte:

[dd.mm.rrrr]

[hh:mm]

Údaje o lekárovi, ktorý poskytol prvé ošetrenie úrazu

Priezvisko

Meno

Titul

Adresa ambulancie
[ulica, číslo, obec]

PSČ

Deň vystavenia dokladu PN

Číslo dokladu PN

PN od

Práce schopný od

Je poistený v súčasnosti PN?

☐

Nie

☐

Áno

Kód dg podľa MKCH / dg. slovom

Začiatok PN

Bol poistený uznaný invalidným?

☐

Áno

Uveďte dátum od kedy

a mieru poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť

☐

Nie

Čaká na posúdenie od dátumu

Požiadala poistený o priznanie úrazovej renty?

☐

Nie

☐

Áno

Úrazová renta bola priznaná [deň, mesiac, rok]

Podrobne opíšte telesné poškodenia a ich rozsah

Opište nález z vyšetrenia zo dňa

[RTG, CT, USG, Nukleárna magnetická rezonancia, Audio, Perimeter a pod.]

Podrobne opíšte spôsob a druh liečenia, prípadné komplikácie, resp. prípadnú zmenu diagnózy v priebehu liečenia

Bol poistený hospitalizovaný?

☐

Nie

☐

Áno

Ak áno, uveďte od

do

Vznikol úraz pod vplyvom alkoholu alebo omamných látok?

☐

Nie

☐

Áno

Ak áno, uveďte množstvo alkoholu v krvi [v ‰] alebo názov omamnej látky

Napište príznaky požitia alkoholu alebo omamných látok u poisteného. Do akej miery ovplyvnil požitý alkohol/návyková látka správanie poisteného, resp. do akej miery to malo vplyv na vznik úrazu a trvanie PN?

Bola postihnutá časť tela poškodená už pred týmto úrazom?

☐

Nie

☐

Áno

Ak áno, uveďte dátum, príčinu a rozsah poškodenia

Do akej miery ovplyvnilo dĺžku PN ochorenie, ktorým poistený trpel pred vznikom úrazu? Uveďte o aké ochorenie išlo a dobu, o ktorú sa PN predĺžila v tomto prípade (od – do)

Doplňujúce zdravotné oznámenie ošetrojúceho lekára

8] Čestné vyhlásenie ošetrojúceho lekára

Ako ošetrojúci lekár poisteného vyhlasujem, že všetky moje odpovede a informácie uvedené v tomto oznámení sú pravdivé a nezamlčal som žiadne skutočnosti o zdravotnom stave poisteného. V prípade požiadavky revízneho lekára poisťovne vyslovujem súhlas na účinnú spoluprácu a zapožičanie snímok RTG poisteného pre potreby objektívneho posúdenia trvalých následkov revíznym lekárom poisťovne.

Miesto a dátum

Telefonický kontakt ošetrojúceho lekára poisteného

Podpis a pečiatka lekára

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