

Oznámenie poistnej udalosti [krížikom označte uzatvorený produkt poistenia]

☐ Poistenie schopnosti splácať úver/pôžičku ☐ SIPO poistenie ☐ Poistenie výdavkov

Návod na vyplnenie tlačiva

Tlačivo je zložené z dvoch častí:

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

Vami vyplnené oznámenie [body 1] až 6]] spolu s požadovanými dokladmi uvedenými v bode 5], 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 preukazovať poisťovní trvanie nezamestnanosti raz za kalendárny mesiac [najneskôr do 5. dňa kalendárneho mesiaca nasledujúceho po mesiaci, počas ktorého bol poistený nezamestnaný]. Pri Poistení schopnosti splácať úver/pôžičku splátky úveru/pôžičky uhrádzajte naďalej až do oznámenia o ukončení šetrenia poistnej udalosti. O ukončení šetrenia poistnej udalosti Vás budeme informovať listom.

Dátum uzavretia poistenia [dátum podpisu 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

- **Poistenie schopnosti splácať úver** sa uhrádza na číslo úverového účtu, ku ktorému bolo poistenie zriadené.
- **Poistenie výdavkov a 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***			

4] Poistná udalosť

Uveďte dôvod rozviazania pracovného pomeru poisteného

*pre účel elektronickej komunikácie pri likvidácii škodových udalostí

**vyplňte len ak sa líši od adresy trvalého bydliska

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

Uveďte dátum prevzatia písomného oznámenia zamestnávateľa o rozviazaní prac. pomeru poisteným – deň, mesiac a rok

Uveďte dátum registrácie poisteného v evidencii uchádzačov o zamestnanie na úrade práce – deň, mesiac a rok

Uveďte obchodné meno, adresu, tel. kontakt a e-mail zamestnávateľa, u ktorého bol poistený naposledy zamestnaný

Uveďte obchodné meno, adresu, tel. kontakt a e-mail zamestnávateľa poisteného, ku dňu vzniku poistenia a dobu trvania pracovného pomeru

Uveďte adresu úradu práce, sociálnych vecí a rodiny, na ktorom je poistený vedený v evidencii uchádzačov o zamestnanie

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

☐ Áno ☐ Nie

Bol už poistenému priznaný starobný dôchodok? ☐ Áno ☐ Nie Čaká na jeho priznanie od – uveďte deň, mesiac a rok

5] Požadované doklady [križikom označte tie, ktoré prikladáte]

- ☐ pracovná zmluva vrátane všetkých jej dodatkov – kópia
☐ doklad o rozviazaní pracovného pomeru – kópia
☐ potvrdenie o zápočte rokov – kópia
☐ doklad preukazujúci priznanie starobného dôchodku [ak je poistený starobný dôchodca]
☐ overená kópia Oznámenia o zaradení občana do evidencie uchádzačov o zamestnanie z úradu práce, sociálnych vecí a rodiny
☐ rozhodnutie Sociálnej poisťovne o priznaní / nepriznaní podpory [dávky] v nezamestnanosti – kópia
☐ iné [uveďte aké]

6] Vyhlasenie 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 nezamĺčal 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 zdravotnícke zariadenia na poskytnutie lekárskeho správ a výpisov zo zdravotnej dokumentácie týkajúcej sa úrazu a choroby alebo na ich zapožičanie, čím ich zároveň zbavuje povinnosti mlčanlivosti voči poisťovateľovi.. Splnomocňuje poisťovateľa, aby si v prípade potreby vyžiadala 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. z.¹,

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

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.

7] Údaje o zdravotnom stave poisteného [čitateľne vyplní a potvrdí všeobecný, resp. praktický lekár poisteného, pri nedostatku miesta pokračujte na zadnej strane]

Meno a priezvisko poisteného

Rodné číslo poisteného

Výška poisteného v cm

Váha poisteného v kg

Dátum merania

7a] Zdravotný stav poisteného k dátumu uzatvorenia poistenia [deň, mesiac, rok podpisu zmluvy / dodatku]

Uvedte, ktoré choroby alebo poruchy zdravotného stavu poistený mal / dodnes má zistené a kedy boli prvýkrát diagnostikované, resp. dokladované v dokumentácii: psychická porucha [vrátane závislostí], epilepsia, infarkt myokardu, kardiomyopatia, trombóza, diabetes mellitus [cukrovka], ischemická choroba dolných končatín alebo srdca, angina pectoris, ateroskleróza, cievne choroby mozgu, pľúcna embólia, zhubný novotvar [nádor], rakovina, ochrnutie, HIV/AIDS, Crohnova choroba, choroby pečene, choroby centrálnej nervovej sústavy [mozog, miecha, vrátane Parkinsonovej choroby, Alzheimerovej choroby, sklerózy multiplex], chronické ochorenie obličiek, encefalitída, astma, chronická obštrukčná choroba pľúc a priedušiek, chronické ochorenie pankreasu [podžalúdkovej žľazy].

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

Je poistený v súčasnosti PN?

☐

Nie

☐

Áno

Ak áno uvedte diagnózu slovom a dátumom začiatku PN.

Kód dg. / dg. slovom

Začiatok PN

Užíva / al poistený pravidelne lieky

☐

Nie

☐

Áno

Ak áno, uvedte názov lieku, dávkovanie, začiatok a koniec užívania a diagnózu, kvôli ktorej ich užíva / al.

Začiatok lekárskeho dohľadu	Diagnóza	Dátum prvého diagnostikovania	Názov lieku	Užívanie od - do

Je / bol poistený hospitalizovaný v nemocnici alebo v inom zdravotníckom zariadení?

☐

Nie

☐

Áno

Ak áno, uvedte diagnózu a odkedy.

Kód dg. / dg. slovom

Začiatok hospitalizácie

Uvedte PN s diagnózami a trvaním PN v období 3 rokov **pred dátumom uzavretia poistenia** [dátum podpisu zmluvy / dodatku]

Diagnóza	Začiatok PN	Koniec PN	Diagnóza	Začiatok PN	Koniec PN

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

☐

Áno

Uvedte dátum od kedy

a mieru poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť

☐

Nie

Čaká na posúdenie od dátumu

Požiadav poistený o priznanie úrazovej renty?

☐

Nie

☐

Áno

Úrazová renta bola priznaná [deň, mesiac, rok]

7b] Čestné vyhlásenie všeobecného, resp. praktického lekára poisteného

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 svojím podpisom.

Miesto a dátum vyplnenia údajov o zdravotnom stave

Podpis a pečiatka lekára

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