

Návod na vyplnenie tlačiva

Prvá a druhá strana tlačiva — body 1] až 6] oznámenia, sú určené na vypísanie pre Vás, nezabudnite doplniť miesto, dátum podpisu a oznámenie podpísať.
Kompletne vyplnené tlačivo spolu s požadovanými dokladmi zašlite na adresu: Union poisťovňa, a. s., Karadžičova 10, 813 60 Bratislava..

Dôležité upozornenia:

Pre úhradu ďalších čiastkových poistných plnení bude potrebné preukazovať poisťovni trvanie nezamestnanosti raz za kalendárny mesiac [najneskôr do 5. dňa kalendárneho mesiaca nasledujúceho po mesiaci, počas ktorého bol poistený nezamestnaný].

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

- **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

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

* pre účel elektronickej komunikácie pri likvidácii škodových udalostí

** vyplňte len ak sa líši od adresy trvalého bydliska

***ak ste neuviedli číslo účtu v tvare IBAN, uveďte číslo účtu v tvare IBAN

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

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

Uvedte dobu trvania pracovného pomeru u zamestnávateľa, u ktorého bol poistený naposledy zamestnaný

od – do

Uvedte 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 poistenému priznaný starobný dôchodok ☐ Áno ☐ Nie Uvedte dátum od kedy

Bol poistenému priznaný invalidný dôchodok ☐ Áno ☐ Nie Uvedte dátum od kedy

Bola poistenému priznaná úrazová renta ☐ Áno ☐ Nie Uvedte dátum od kedy

5] Požadované doklady [krížikom 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, invalidného dôchodku alebo úrazovej renty [ak mu bol/a priznaný/á]
- ☐ 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 [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 nezamĺča 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 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