

Životné poistenie Úrazové poistenie

Návod na vyplnenie tlačiva

Tlačivo je zložené z dvoch častí:

- prvá a druhá strana tlačiva — body 1] až 5] 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 ošetrovateľom lekárom, ktorý má k dispozícii zdravotnú dokumentáciu o úraze.

Vami vyplnené oznámenie [body 1] až 5] spolu s požadovanými dokladmi uvedenými v bode 4], predložte lekárovi, ktorý doplní prílohu o zdravotnom stave 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.

Informácie pre poisteného

- Trvalé následky sa posudzujú po ukončení liečenia a po ustálení zdravotného stavu po úraze, spravidla po 1 roku od dátumu vzniku úrazu, ak zdravotný stav nie je ustálený, hodnotia sa podľa stavu ku dňu, ku ktorému uplynú tri roky odo dňa vzniku úrazu.
- V prípade potreby Vás pozveme na lekársku prehliadku – postupujte podľa pokynov uvedených v predvolaní.

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	
Tel. kontakt		E - mail*			
Adresa [ulica, číslo, obec]				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

Uveďte deň, mesiac a rok vzniku poistnej udalosti		a presný čas [hh:mm]	
Miesto vzniku poistnej udalosti [ulica, číslo, obec, PSČ]			
Poistná udalosť bola 1. krát oznámená poisťovni, uveďte dátum		a presný čas [hh:mm]	

*pre účel elektronickej komunikácie pri likvidácii škodových udalostí

**vyplňte len ak sa líši od adresy trvalého bydliska

Opište okolnosti a príčinu vzniku poistnej udalosti

Napište, ktorá časť tela bola poškodená a v akom rozsahu

Bola táto časť tela funkčne alebo vizuálne poškodená už pred touto poistnou udalosťou? ☐ Áno ☐ Nie

Poistený je ☐ právák ☐ ľavák

Bola poistná udalosť oznámená orgánom činným v trestnom konaní? ☐ Áno ☐ Nie Ak áno, uveďte dátum oznámenia, názov a adresu vyšetrovacieho orgánu a číslo vyšetrovacieho spisu.

4] Požadované doklady [križikom označte tie, ktoré prídavate]

☐ **prepúšťacia správa príslušného zdravotníckeho zariadenia** – kópia dokladu [ak bol poistený v dôsledku poistnej udalosti hospitalizovaný]

☐ **súdne rozhodnutie** súvisiace s poistnou udalosťou

☐ **policajný protokol / uznesenie**, ak túto poistnú udalosť vyšetrovala polícia

☐ **iné doklady** súvisiace s poistnou udalosťou [uveďte aké]

5] Vyhlásenie poistného / 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 týkajúcej 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.

Správa ošetrojúceho lekára [čitateľne vyplní a potvrdí lekár, ktorý ošetroval úraz poisteného]

Rodné číslo

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Výška poisteného v cm

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Váha poisteného v kg

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1] Správa ošetrojúceho lekára – trvalé následky úrazu

Napište, aké trvalé následky zanechal úraz zo dňa

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Opište objektívne príznaky trvalých následkov, najmä poruchy funkcií úrazom postihnutých častí tela. V prípade zranenia končatiny presný popis obmedzenia funkcie, hybnosti, svalovej sily v porovnaní so zdravou končatinou. Ak úraz zanechal jazvy, uveďte ich dĺžku, plochu, druh a lokalizáciu. V prípade zranenia oka – vízus – uveďte stupeň poškodenia oproti fyziologickému nálezu a stavu pred zranením. V prípade zranenia ucha – sluch – uveďte stupeň poškodenia oproti fyziologickému nálezu a stavu pred zranením.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Majú na rozsah trvalých následkov úrazu vplyv choroby nesúvisiace s úrazom?

☐ Nie

☐ Áno

Ak áno, uveďte názov choroby

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nastali zistené zmeny zdravotného stavu výlučne úrazom?

☐ Nie

☐ Áno

Je liečenie úrazu ukončené a zdravotný stav ustálený?

☐ Nie

☐ Áno

Napište prognózu ďalšej liečby

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Bola postihnutá časť tela poškodená už pred týmto úrazom?

☐ Nie

☐ Áno

Ak áno, uveďte dátum, príčinu a rozsah poškodenia

Doplňujúce zdravotné oznámenia ošetrojúceho lekára

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2] Čestné vyhlásenie ošetrojúceho lekára

Ako ošetrojúci lekár poisteného vyhlasujem, že všetky moje odpovede a informácie uvedené v tomto oznámení sú pravdivé a úplné nezamieľam 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 a e-mailový kontakt

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Podpis a pečiatka lekára

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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