

Návod na vyplnenie tlačiva

Tlačivo je zložené z dvoch častí:

- prvá a tretia strana tlačiva — body 1] až 5] oznámenia, sú určené na vypísanie pre Vás, nezabudnite doplniť miesto, dátum podpisu a oznámenie podpísať,
- štvrtá strana tlačiva — príloha oznámenia - správa o úraze, je určená na vypísanie ošetrojúcim lekárom poisteného, ktorý úraz liečil a 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 oznámenia - správa o úraze 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:

- nárok na denné odškodné za dobu nevyhnutného liečenia úrazu vzniká za predpokladu, že doba nevyhnutného liečenia trvá min. 22 dní alebo doba nevyhnutného liečenia trvá min. 15 dní
- v prípade potreby vás pozveme na lekársku prehliadku – postupujte podľa pokynov uvedených v predvolaní
- súčasťou tohto oznámenia musí byť aj zdravotná dokumentácia o úraze

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 totožný 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

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

Opíšte 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 ☐ pravák ☐ ľavák

Bol poistený v dôsledku úrazu práceneschopný? ☐ Áno ☐ Nie

Vznikla poistná udalosť pri výkone povolania? ☐ Áno ☐ Nie Ak áno, uveďte:

Obchodné meno zamestnávateľa

Sídlo zamestnávateľa
[ulica, číslo, obec]

PSČ

K úrazu došlo [označte správny údaj]

- ☐ v domácnosti ☐ v škole alebo pri akcii organizovanej školou ☐ v cestnej doprave ☐ v inej doprave ☐ pri športe
☐ pri pešej chôdzi vrátane rekreačnej činnosti ☐ pri opravárskej, údržbárskej alebo podobnej činnosti ☐ pri podnikateľskej činnosti
☐ pri inej činnosti mimo povolania, napíšte pri akej

Čo zapríčinilo úraz? [označte správny údaj]

- ☐ dopravný prostriedok ☐ manipulácia so strojom alebo nástrojom ☐ manipulácia s materiálom ☐ pád, pošmyknutie
☐ pád predmetu, zavalenie ☐ výbuch, chemikália, strelná zbraň, elektrina ☐ plyn, žiarenie, popálenie, jed ☐ napadnutie zvieratom
☐ napadnutie inou osobou ☐ iná príčina, napíšte aká

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

Túto časť vyplňte, ak poistná udalosť vznikla pri športovej, telovýchovnej činnosti

Ste registrovaný športovec? ☐ Áno ☐ Nie Ak áno, uveďte názov športu a súťaže

Bola športová alebo telovýchovná činnosť organizovaná? ☐ Áno ☐ Nie Ak áno, uveďte názov organizácie

Túto časť vyplňte, ak poistná udalosť vznikla pri dopravnej nehode

Údaje o motorovom vozidle

Továrenská značka

Typ

Evidenčné číslo motorového vozidla

Počet miest na sedenie

Počet prepravovaných osôb

Údaje o vodičovi motorového vozidla

Priezvisko

Meno

Titul

Adresa trvalého bydliska
[ulica, číslo, obec]

PSČ

Údaje o spolucestujúcich, ktorí boli zranení

Priezvisko	Meno	Adresa

4] Požadované doklady [krížikom označte tie, ktoré prikladáte]

- ☐ 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 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 poisťovnej 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. 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

V prípade, že oznámenie preberá zástupca Poisťovne, tento svojím podpisom potvrdzuje, že: a) identifikoval oznamovateľa, v prípade, že je osobou oprávnenou na poisťné 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 vid' § 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	
Prvé lekárske ošetrenie bolo vykonané, uveďte:		[dd.mm.rrrr]		[hh:mm]	

1] Údaje o lekárovi, ktorý poskytol prvé ošetrenie úrazu

Priezvisko		Meno		Titul	
Adresa ambulancie [ulica, číslo, obec]				PSČ	

Diagnóza úrazu, v dôsledku ktorého vznikla poistná udalosť – podrobne opíšte telesné poškodenia a ich rozsah, pri popáleninách stupeň a rozsah v % alebo cm²

Zodpovedajú telesné poškodenia a ich rozsah okolnostiam a príčine vzniku úrazu, ako sú uvedené v oznámení o poistnej udalosti – úraz? ☐ Nie ☐ Áno

Opíšte nález z vyšetrenia zo dňa [RTG, CT, USG, Nukleárna magnetická rezonancia, Audio, Perimeter a pod.]

Podrobne opíšte spôsob a druh liečenia – v prípade rehabilitácie napíšte jej výsledky, frekvenciu a dĺžku

Bol poistený hospitalizovaný? ☐ Nie ☐ Áno Ak áno, uveďte:

Hospitalizovaný od do Názov liečebného zariadenia
Adresa PSČ

Zanechá úraz trvalé následky? ☐ Nie ☐ Áno Ak áno, uveďte ktoré časti tela budú poškodené a rozsah

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. Ako ovplyvnilo požitie alkoholu alebo omamných látok správanie poisteného?

Bola postihnutá časť tela poškodená už pred týmto úrazom? ☐ Nie ☐ Áno Ak áno, uveďte dátum, príčinu a rozsah poškodenia

Nastali počas liečenia úrazu komplikácie, ktoré predĺžili nevyhnutný čas liečenia? ☐ Nie ☐ Áno Ak áno, uveďte druh a príčinu komplikácie

Nevyhnutný čas liečenia úrazu [aj vrátane komplikácie] trval od

do

Bolo poistenému vystavené hlásenie o pracovnej neschopnosti [PN]? ☐ Nie ☐ Áno Ak áno, uveďte:

PN od do Číslo hlásenia PN Dátum vystavenia

Doplňujúce zdravotné oznámenie 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 nezamlčal som žiadne skutočnosti o zdravotnom stave poisteného. V prípade požiadavky revízného lekára poisťovne vyslovujem súhlas na účinnú spoluprácu a zapožičanie snímok RTG poisteného pre potreby objektívneho posúdenia trvalých následkov revíznym lekárom poisťovne.

Miesto a dátum vyplnenia správy

Telefonický kontakt ošetrojúceho lekára poisteného

Podpis a pečiatka lekára

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