

Poistenie schopnosti splácať úver/pôžičku
Poistenie schopnosti splácať úver na bývanie

Oznámenie poistnej udalosti [krížikom označte uzatvorený produkt poistenia]

Poistenie schopnosti splácať úver/pôžičku

Poistenie schopnosti splácať úver na bývanie

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 a štvrtá 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 poistovňa, 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 upozornenie: 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 o úvere/pôžičky, resp. dodatku o poistení]

1] Identifikačné údaje poisteného

| | | | | | |
|--|----------------------|---------------------|----------------------|-------|----------------------|
| Priezvisko | <input type="text"/> | Meno | <input type="text"/> | Titul | <input type="text"/> |
| Adresa trvalého bydliska [ulica, číslo, obec] | <input type="text"/> | | | PSČ | <input type="text"/> |
| Rodné číslo | <input type="text"/> | Zdravotná poistovňa | <input type="text"/> | | |
| Druh činnosti vykonávanej v zamestnaní | <input type="text"/> | | | | |

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

| | | | | | |
|--------------------------------|----------------------|------|----------------------|--------------|----------------------|
| Priezvisko | <input type="text"/> | Meno | <input type="text"/> | Tel. kontakt | <input type="text"/> |
| Adresa [ulica, číslo, obec] | <input type="text"/> | | | PSČ | <input type="text"/> |

Údaje o odbornom lekárovi poisteného

| | | | | | |
|--------------------------------|----------------------|------|----------------------|--------------|----------------------|
| Priezvisko | <input type="text"/> | Meno | <input type="text"/> | Tel. kontakt | <input type="text"/> |
| Adresa [ulica, číslo, obec] | <input type="text"/> | | | PSČ | <input type="text"/> |

2] Identifikačné údaje osoby oznamujúcej poistnú udalosť [ďalej len „oznamovateľ“]

| | | | | | |
|--------------------------------|----------------------|--------------|----------------------|-----------|----------------------|
| Priezvisko | <input type="text"/> | Meno | <input type="text"/> | Titul | <input type="text"/> |
| Adresa [ulica, číslo, obec] | <input type="text"/> | | | PSČ | <input type="text"/> |
| Rodné číslo | <input type="text"/> | Tel. kontakt | <input type="text"/> | E - mail* | <input type="text"/> |
| Vzťah k poistenému | <input type="text"/> | | | | |

3] Číslo účtu na úhradu poistného plnenia

Pre úvery schválené od 1.4.2009 číslo účtu pre poistné plnenie je číslo úverového účtu, ku ktorému bolo poistenie zriadené.

Pre úvery schválené do 31.3.2009 prosím uveďte číslo účtu, na ktorý žiadate zaslať poistné plnenie:

| | | | |
|---------------------------------------|----------------------|-----------|----------------------|
| Číslo účtu | <input type="text"/> | Kód banky | <input type="text"/> |
| Číslo účtu v tvare IBAN ¹⁾ | <input type="text"/> | | |

4] Poistná udalosť

| | | |
|--|---|--|
| Uveďte deň, mesiac a rok úmrtia poisteného | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Úmrtie nastalo v dôsledku | <input type="checkbox"/> choroby – uveďte deň, mesiac a rok diagnostikovania choroby <input type="checkbox"/> úrazu – uveďte deň, mesiac a rok úrazu <input type="checkbox"/> dopravnej nehody – uveďte deň, mesiac a rok dopravnej nehody <input type="checkbox"/> samovraždy – uveďte deň, mesiac a rok samovraždy | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |

¹⁾ ak ste neuviedli číslo účtu v tvare číslo účtu a kód banky, uveďte číslo účtu v tvare IBAN

* pre účel elektronickej komunikácie pri likvidácii škodových udalostí

Bolo úmrtie spôsobené vplyvom alkoholu, omamných látok alebo nesprávnych dávok liekov? Áno Nie

Uvedte opis okolností úmrtia poisteného [ak úmrtie poisteného vyšetroval orgán činný v trestnom konaní, uvedte aj názov a adresu vyšetrovacieho orgánu, kontaktnú osobu a číslo vyšetrovacieho spisu]

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

- úmrtný list poisteného** – úradne overená kópia dokladu
- list o prehliadke mŕtveho** – kópia dokladu
- prepúšťacia správa príslušného zdravotníckeho zariadenia** – kópia dokladu [ak bol poistený v dôsledku poistnej udalosti hospitalizovaný]
- pitevná správa** – kópia dokladu [ak bola vykonaná súdna pitva]
- znalecký posudok** – kópia dokladu [ak bol znalecký posudok vypracovaný]
- protokol alebo uznesenie**, ak udalosť vyšetrovala polícia
- súdne rozhodnutie, ak ide o trestný čin** [uvedte aký]
- iné** [uvedte aké]

6] Vyhlásenie a splnomocnenie oznamovateľa, informácie pre oznamovateľa o spracúvaní jeho osobných údajov

Poistený/ oznamovateľ vyhlasuje a svojim 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.

Oznamovateľ splnomocňuje poisťovňu, aby pre potrebu šetrenia poistnej udalosti vyžadovala od ošetrojúcich lekárov poisteného, od zdravotníckych zariadení, v ktorých sa poistený liečil, od zdravotnej poisťovne poisteného a od Sociálnej poisťovne potrebné informácie a dokumentáciu o zdravotnom stave zosnulého poisteného. Oznamovateľ vyhlasuje, že vo vzťahu k zosnulému poistenému je osobou, ktorá je v zmysle príslušných všeobecne záväzných právnych predpisov oprávnená plnomocenstvo udeliť.

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.

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, resp. praktický lekár poisteného, pri nedostatku miesta pokračujte v bode 7c]

Meno a priezvisko poisteného Rodné číslo poisteného / /
 Výška poisteného v cm Váha poisteného v kg Dátum merania

7a] Identifikácia choroby / úrazu, v dôsledku ktorej / ktorého vznikla poistná udalosť

Uvedte diagnózu, v dôsledku ktorej vznikla poistná udalosť – uvedte jednotlivé diagnózy a rozpätie ich trvania

| | | | |
|----------------------|----------------------|---------------|----------------------|
| Kód dg. / dg. slovom | <input type="text"/> | Dátum od - do | <input type="text"/> |
| Kód dg. / dg. slovom | <input type="text"/> | Dátum od - do | <input type="text"/> |
| Kód dg. / dg. slovom | <input type="text"/> | Dátum od - do | <input type="text"/> |
| Kód dg. / dg. slovom | <input type="text"/> | Dátum od - do | <input type="text"/> |
| Kód dg. / dg. slovom | <input type="text"/> | Dátum od - do | <input type="text"/> |

Bola v minulosti u poisteného diagnostikovaná [resp. dokladovaná v dokumentácii] vyššie uvedená choroba /úraz? Ak áno, kedy prvýkrát:

| | | | | | | | |
|---------|----------------------|----------|----------------------|---------|----------------------|----------|----------------------|
| Kód dg. | <input type="text"/> | Dátum od | <input type="text"/> | Kód dg. | <input type="text"/> | Dátum od | <input type="text"/> |
| Kód dg. | <input type="text"/> | Dátum od | <input type="text"/> | Kód dg. | <input type="text"/> | Dátum od | <input type="text"/> |

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

Uvedte, ktoré choroby alebo poruchy zdravotného stavu poistený mal zistené a kedy boli prvýkrát diagnostikované, resp. dokladované v dokumentácii: psychická porucha [vrátane závislosti], 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 | <input type="text"/> | Dátum od | <input type="text"/> |
| Kód dg. / dg. slovom | <input type="text"/> | Dátum od | <input type="text"/> |
| Kód dg. / dg. slovom | <input type="text"/> | Dátum od | <input type="text"/> |
| Kód dg. / dg. slovom | <input type="text"/> | Dátum od | <input type="text"/> |
| Kód dg. / dg. slovom | <input type="text"/> | Dátum od | <input type="text"/> |

Užíval poistený pravidelne lieky? Nie Áno Ak áno, uvedte názov lieku, dávkovanie, začiatok a koniec užívania a diagnózu, kvôli ktorej ich užíval.

| Začiatok lekárskeho dohľadu | Diagnóza | Dátum prvého diagnostikovania | Názov lieku | Užívanie od - do |
|-----------------------------|----------------------|-------------------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

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 uzatvorenia poistenia [dátumom podpisu žiadosti / zmluvy / dodatku].

| Diagnóza | Začiatok PN | Koniec PN | Diagnóza | Začiatok PN | Koniec PN |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

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 Čakal na posúdenie od dátumu

Požiadaval poistený o priznanie úrazovej renty? Nie Áno Úrazová renta bola priznaná [deň, mesiac, rok]

7c] Miesto na doplnenie

7d] 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**.