

Návod na vyplnenie tlačiva

Tlačivo je zložené z dvoch častí:

- prvá, druhá a tretia strana tlačiva – body 1] až 5] oznámenia, sú určené na vypísanie pre Vás, nezabudnite doplniť miesto, dátum podpisu a oznámenie podpísať,
- štvrtá a piata strana tlačiva – príloha o zdravotnom stave, je určená na vypísanie všeobecným, resp. praktickým lekárom poisteného. **Vypíňa sa iba vtedy, pokiaľ mal poistený uzatvorené Poistenie pohrebných nákladov do 16.09.2018.**

Vami čitateľne vyplnené oznámenie paličkovým písmom [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.

Poistná zmluva č.

Dátum vyhotovenia návrhu / uzavretia zmluvy

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 poisťovňa	<input type="text"/>				
Druh činnosti vykonávanej v zamestnaní	<input type="text"/>				

Údaje o všeobecnom, resp. praktickom lekárovi

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"/>				
Druh dokladu totožnosti*	<input type="text"/>	číslo dokladu totožnosti*	<input type="text"/>		
Štátna príslušnosť*	<input type="text"/>				
Číslo účtu v tvare IBAN*	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3] Poistná udalosť

Uveďte deň, mesiac a rok úmrtia

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

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

* vyplní oznamovateľ, ktorý je súčasne oprávnenou osobou na poistné plnenie

** pre účel elektronickej komunikácie pri likvidácii škodových udalostí

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]

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

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

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

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 nezamíchal 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 ošetrovujúcich 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.

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. Oznamovateľ vyhlasuje, že sa oboznámil/a so základnými informáciami o ochrane osobných údajov pre dotknutú osobu umiestnenými na www.union.sk

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/neveta a pod.) alebo s ňou v blízkom podnikateľskom vzťahu (spolovník 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.

iba pre poistenie pohrebných nákladov uzatvorené do 16.09.2018
oznámenie poistnej udalosti – príloha o zdravotnom stave

Údaje o zdravotnom stave poisteného [čitateľne vyplní a potvrdí všeobecný, resp. praktický lekár poisteného, pri nedostatku miesta pokračujte v bode 3]

Meno a priezvisko poisteného		Rodné číslo poisteného	
Výška poisteného v cm		Váha poisteného v kg	

1] 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		Dátum od - do	
Kód. dg. / dg. slovom		Dátum od - do	
Kód. dg. / dg. slovom		Dátum od - do	
Kód. dg. / dg. slovom		Dátum od - do	
Kód. dg. / dg. slovom		Dátum od - do	

Dátum vzniku danej choroby [t. j. dátum, kedy bola choroba prvýkrát diagnostikovaná, resp. dokladovaná v dokumentácii], ak išlo o úraz, uvedte dátum vzniku úrazu.

Kód dg.		Dátum od		Kód dg.		Dátum od	
Kód dg.		Dátum od		Kód dg.		Dátum od	

2] Zdravotný stav poisteného k dátumu vyhotovenia návrhu / uzavretia zmluvy [deň, mesiac, rok]

Uvedte, ktoré iné choroby alebo poruchy zdravotného stavu poistený mal zistené [napr. psychická porucha, mentálna retardácia, choroby centrálného nervového systému [mozog, miecha, vrátane Parkinsonovej choroby, Alzheimerovej choroby, sklerózy multiplex], epilepsia, encefalitída, ischemická choroba srdca, infarkt myokardu, angína pectoris, arteriálna hypertenzia III. štádium, sekundárna hypertenzia, hypertenzia zo zúženia obličkovej tepny, kardiomyopatia, ischemická choroba dolných končatín, ateroskleróza, cievne choroby mozgu, trombóza, pľúcna embólia, chronická obštrukčná choroba pľúc a priedušiek, astma, chronické ochorenie pankreasu, chronické choroby obličiek, choroby štítnej žľazy, diabetes mellitus, zhubný novotvar [nádor], rakovina, ochrnutie, HIV/AIDS, syfilis, Crohnova choroba, choroby pečene] a kedy uvedené ochorenia začali [t. j. kedy boli prvýkrát diagnostikované, resp. dokladované v dokumentácii]

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	

Uvedte, či sa poistený k dátumu vyhotovenia návrhu / uzavretia zmluvy:

- liečil na akútne ochorenie Nie Áno
- bol pripútaný na lekárske lôžko Nie Áno
- bol v ústavnej zdravotnej starostlivosti Nie Áno
- bol závislý na omamných, psychotropných látkach, alkohole a/alebo hráčstve Nie Áno

Ak áno, uvedte podrobnejšie informácie a rozpätie od – do:

Uvedte práceneschopnosti [PN] s diagnózami a trvaním PN v období 3 rokov pred dátumom vyhotovenia návrhu / uzavretia zmluvy

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 Čakal na posúdenie od dátumu

3] Miesto na doplnenie

4] 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 svojim podpisom.

V prípade požiadavky revízneho lekára poisťovne vyslovujem súhlas na účinnú spoluprácu a zapožičanie snímok RTG poisteného pre potreby objektívneho posúdenia 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**.