

Oznámenie poisťnej udalosti [krížikom označte druh poisťnej udalosti]

- Pracovná neschopnosť následkom úrazu Invalidita následkom úrazu

Návod na vyplnenie tlačiva

Tlačivo je zložené z dvoch častí:

- prvá, druhá a tretia strana tlačiva – body 1] až 6] oznámenia, sú určené na vypísanie pre Vás, nezabudnite doplniť miesto, dátum a oznámenie podpísať,
- štvrtá strana tlačiva – bod 7] oznámenia, je určený na vypísanie všeobecným, praktickým, resp. ošetrojúcim lekárom poisteného.

Vami vyplnené oznámenie [body 1] až 6]] spolu s požadovanými dokladmi uvedenými v bode 4b] alebo 5b], predložte lekárovi, ktorý doplní bod 7] tlačiva a potvrdí údaje svojim 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.

Dôležité upozornenia:

Pre úhradu ďalších čiastkových poisťných plnení bude potrebné do poisťovne zasielať každý mesiac potvrdenie o pokračovaní pracovnej neschopnosti [najneskôr do 5. dňa kalendárneho mesiaca nasledujúceho po mesiaci, počas ktorého bol poistený práceneschopný].

Dátum uzavretia poistenia [dátum podpisu žiadosti / zmluvy / dodatku]

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"/>	Tel. kontakt	<input type="text"/>	E - mail*	<input type="text"/>
Korešpondenčná adresa** [ulica, číslo, obec]	<input type="text"/>			PSČ	<input type="text"/>
Zdravotná poisťovňa	<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"/>

2] Identifikačné údaje osoby oznamujúcej poisťnú udalosť [vyplňte, len ak nie je totožná s poisteným]

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

[ďalej len „oznamovateľ“]

3] Číslo účtu na úhradu poisťného plnenia

- **SIPO poistenie** – číslo účtu pre poisťné plnenie je číslo účtu Poštovej karty a variabilný symbol je číslo Poštovej karty, ku ktorej bolo poistenie zriadené.
- Ak si želáte zaslať poisťné plnenie na iný účet, prosím, uveďte:

Číslo účtu	<input type="text"/>	Kód banky	<input type="text"/>
Číslo účtu v tvare IBAN***	<input type="text"/>		

* pre účel elektronickej komunikácie pri likvidácii škodových udalostí

** vyplňte len ak sa líši od adresy trvalého bydliska

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

4a) Poistná udalosť pracovná neschopnosť následkom úrazuUveďte deň, mesiac a rok vzniku pracovnej neschopnosti [PN] PN nastala v dôsledku úrazu – uveďte deň, mesiac a rok, kedy sa úraz stal Ak ide o následky úrazu z minulosti, uveďte, o aký úraz išlo a tiež deň, mesiac a rok, kedy sa stal dopravnej nehody – uveďte deň, mesiac a rok dopravnej nehody pokusu o samovraždu – uveďte deň, mesiac a rok pokusu o samovraždu Bol poistený už v minulosti PN z rovnakého dôvodu ako teraz? Áno Nie Ak áno, uveďte dátum trvania PN od – do **Bol poistený k dátumu vzniku PN zamestnaný?** Áno NieBol poistený k dátumu vzniku PN na materskej / rodičovskej dovolenke? Áno NieBol vznik PN zapríčinený vplyvom alkoholu, omamných látok alebo nesprávnych dávok liekov? Áno NieBol poistenému priznaný starobný dôchodok? Áno Nie Uveďte dátum od kedy Bol poistenému priznaný invalidný dôchodok? Áno Nie Uveďte dátum od kedy Bola poistenému priznaná úrazová renta? Áno Nie Uveďte dátum od kedy Uveďte opis okolností vzniku PN zapríčinených úrazom, dopravnou nehodou alebo pokusom o samovraždu Ak poistnú udalosť vyšetroval orgán činný v trestnom konaní, uveďte aj názov a adresu vyšetrovacieho orgánu, kontaktnú osobu a číslo vyšetrovacieho spisu **4b) Požadované doklady k poistnej udalosti pracovná neschopnosť následkom úrazu [krížikom označte tie, ktoré prikleďate]**

- potvrdenie dočasnej pracovnej neschopnosti** [1. časť] – kópia lekárom vystaveného dokladu
- zdravotná dokumentácia z priebehu liečby úrazu vr. dokladu z prvotného ošetrenia úrazu**
- prepúšťacia správa príslušného zdravotníckeho zariadenia** – kópia dokladu [ak bol poistený v dôsledku poistnej udalosti hospitalizovaný]
- doklad preukazujúci priznanie starobného dôchodku** – kópia dokladu [ak je poistený starobný dôchodca]
- doklad preukazujúci priznanie invalidného dôchodku** – kópia dokladu [ak je poistený invalidný dôchodca]
- doklad preukazujúci priznanie úrazovej renty** – kópia dokladu [ak je poistený poberateľom úrazovej renty]
- iné** [uveďte aké]

5a) Poistná udalosť invalidita následkom úrazuUveďte deň, mesiac a rok vzniku invalidity Invalidita nastala v dôsledku úrazu – uveďte deň, mesiac a rok, kedy sa stal úraz dopravnej nehody – uveďte deň, mesiac a rok dopravnej nehody pokusu o samovraždu – uveďte deň, mesiac a rok pokusu o samovraždu Bola invalidita spôsobená vplyvom alkoholu, omamných látok alebo nesprávnych dávok liekov? Áno NieBol poistenému priznaný starobný dôchodok? Áno Nie Uveďte dátum od kedy Bola poistenému priznaná úrazová renta? Áno Nie Uveďte dátum od kedy Uveďte opis okolností vzniku invalidity následkom úrazu Ak udalosť súvisiacu so vznikom invalidity poisteného vyšetroval orgán činný v trestnom konaní, uveďte aj názov a adresu vyšetrovacieho orgánu, kontaktnú osobu a číslo vyšetrovacieho spisu

5b) Požadované doklady k poistnej udalosti invalidita následkom úrazu [krížikom označte tie, ktoré prídáte]

- právoplatné rozhodnutie Sociálnej poisťovne o priznaní invalidného dôchodku** – úradne overená kópia dokladu
- lekárska správa posudkového lekára z pobočky Sociálnej poisťovne [Zápisnica, Posudok]** – kópia dokladu
- prepúšťacia správa príslušného zdravotníckeho zariadenia** – kópia dokladu [ak bol poistený v dôsledku poistnej udalosti hospitalizovaný]
- protokol alebo uznesenie**, ak udalosť vyšetrovala polícia
- súdne rozhodnutie, ak ide o trestný čin** [uvedte aký]
- 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 nezamlčal 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 zdravotníckeho zariadenia na poskytnutie lekárskej správy 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 vyžiadala informácie o okolnostiach úrazu od orgánu polície, ktorý udalosť vyšetroval.

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, praktický, resp. ošetrujúci lekár poisteného

Rodné číslo

Meno a priezvisko poisteného

Prvé lekárske ošetrenie bolo vykonané, uveďte:

[dd.mm.rrrr]

[hh:mm]

Údaje o lekárovi, ktorý poskytol prvé ošetrenie úrazu

Priezvisko

Meno

Titul

Adresa ambulancie
[ulica, číslo, obec]

PSČ

Deň vystavenia dokladu PN

Číslo dokladu PN

PN od

Práce schopný od

Je poistený v súčasnosti PN?

Nie

Áno

Kód dg podľa MKCH / dg. slovom

Začiatok PN

Bol poistený uznaný invalidným?

Áno

Uveďte dátum od kedy

a mieru poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť

Nie

Čaká na posúdenie od dátumu

Požiadala poistený o priznanie úrazovej renty?

Nie

Áno

Úrazová renta bola priznaná [deň, mesiac, rok]

Podrobne opíšte telesné poškodenia a ich rozsah

Opíšte nález z vyšetrenia zo dňa

[RTG, CT, USG, Nukleárna magnetická rezonancia, Audio, Perimeter a pod.]

Podrobne opíšte spôsob a druh liečenia, prípadné komplikácie, resp. prípadnú zmenu diagnózy v priebehu liečenia

Bol poistený hospitalizovaný?

Nie

Áno

Ak áno, uveďte od

do

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. Do akej miery ovplyvnil požitý alkohol/návyková látka správanie poisteného, resp. do akej miery to malo vplyv na vznik úrazu a trvanie PN?

Bola postihnutá časť tela poškodená už pred týmto úrazom?

Nie

Áno

Ak áno, uveďte dátum, príčinu a rozsah poškodenia

Do akej miery ovplyvnilo dĺžku PN ochorenie, ktorým poistený trpel pred vznikom úrazu? Uveďte o aké ochorenie išlo a dobu, o ktorú sa PN predĺžila v tomto prípade (od – do)

Doplňujúce zdravotné oznámenie ošetrujúceho lekára

8] Čestné vyhlásenie ošetrujúceho lekára

Ako ošetrujúci 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 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 kontakt ošetrujúceho lekára poisteného

Podpis a pečiatka lekára

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