

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 všeobecným, resp. praktickým lekárom poisteného.

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

Uvedte deň, mesiac a rok úmrtia

Úmrtie nastalo v dôsledku choroby – uvedte deň, mesiac a rok diagnostikovania choroby

úrazu – uvedte deň, mesiac a rok úrazu

dopravnej nehody – uvedte deň, mesiac a rok dopravnej nehody

samovraždy – uvedte deň, mesiac a rok samovraždy

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
- list o prehliadke mŕtveho** – kópia dokladu
- prepúšťacia správa príslušného zdravotníckeho zariadenia** – kópia dokladu [ak bol poistený v dôsledku poistnej udalosti hospitalizovaný]
- pítevná správa** – kópia dokladu [ak bola vykonaná súdna pitva]
- súdno-znalecký posudok** – kópia dokladu
- protokol alebo uznesenie**, 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 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 (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.

úrazové poistenie Plus
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

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

Uveďte diagnózu, v dôsledku ktorej vznikla poistná udalosť – uveďte 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, uveďte 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]

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

• bol uznaný práceneschopným [PN]

Nie

Áno

PN od – do

• bol pripútaný na lekárske lôžko

Nie

Áno

• bol v ústavnej zdravotnej starostlivosti

Nie

Áno

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

• bol poistený uznaný invalidným a/alebo osobou so zmenenou pracovnou schopnosťou a/alebo osobou s ťažkým zdravotným postihnutím?

Áno Uveďte 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 revízného 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.