

**Návod na vyplnenie tlačiva**

Tlačivo je zložené z dvoch častí:

- prvá a druhá strana tlačiva – body 1] až 4] 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 vyplnené oznámenie [body 1] až 4]], predložte lekárovi, ktorý doplní prílohu o zdravotnom stave a potvrdí údaje svojim podpisom a pečiatkou.

Kompletne vyplnené tlačivo 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"/>
Rodné číslo	<input type="text"/>	Tel. kontakt	<input type="text"/>	E - mail*	<input type="text"/>
Adresa trvalého bydliska [ulica, číslo, obec]	<input type="text"/>			PSČ	<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"/>				
Číslo účtu v tvare IBAN	<input type="text"/>				
Druh dokladu totožnosti	<input type="text"/>	číslo dokladu totožnosti	<input type="text"/>		
Štátna príslušnosť	<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"/>

**2] Identifikačné údaje osoby oznamujúcej poistnú 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"/>	Tel. kontakt	<input type="text"/>	E - mail*	<input type="text"/>
	<input type="text"/>			PSČ	<input type="text"/>

**Vyplňte, len ak oznamovateľ je súčasne zákonným alebo splnomocneným zástupcom poisteného:**

Rodné číslo	<input type="text"/>		
Druh dokladu totožnosti	<input type="text"/>	číslo dokladu totožnosti	<input type="text"/>
Štátna príslušnosť [ďalej len „oznamovateľ“]	<input type="text"/>	Vzťah k poistenému	<input type="text"/>

**3] Poistná udalosť**

Uveďte deň, mesiac a rok nástupu poisteného do zdravotníckeho zariadenia

Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia, v ktorom bol poistený hospitalizovaný

Hospitalizácia nastala v dôsledku  choroby [vrátane tehotenstva]  úrazu

Dôvod hospitalizácie v zdravotníckom zariadení [diagnóza]

Dátum prepustenia zo zdravotníckeho zariadenia

Predpokladaná doba hospitalizácie pokiaľ hospitalizácia ešte trvá

\*pre účel elektronickej komunikácie pri likvidácii škodových udalostí

\*\*vyplňte len ak sa líši od adresy trvalého bydliska

**4] 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 poistnej 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](http://www.union.sk).

Poistený/ oznamovateľ splnomocňuje poisťovateľom oslovených lekárov a zdravotníckeho 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<sup>1</sup>.

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**

<sup>1</sup> 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 viď § 6 zákona č. 297/2008 Z.z. o ochrane pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti a o ochrane pred financovaním terorizmu.

životné poistenie  
úrazové poistenie

oznámenie poistnej udalosti – príloha o zdravotnom stave

**Údaje o zdravotnom stave poisteného [čitateľne vyplní a potvrdí všeobecný, resp. praktický lekár poisteného]**

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

**1] Identifikácia choroby / úrazu / tehotenstvo, v dôsledku ktorej / ktorého vznikla poistná udalosť – hospitalizácia**

Dátum prijmu  Dátum prepustenia   
Dátumy priepustiek trvajúcich viac ako 24 hodín   
Dôvod hospitalizácie  Úraz  Choroba  Tehotenstvo - uveďte termín očakávaného pôrodu   
Dátum úrazu alebo 1. diagnostikovania choroby   
Diagnóza podľa WHO  Diagnóza slovom   
Bol porušený liečebný režim?  Nie  Áno

**2] Zdravotný stav poisteného k dátumu vyhotovenia návrhu / uzavretia zmluvy – uveďte deň, mesiac a rok**

Uveďte, ktoré iné choroby alebo poruchy zdravotného stavu poistený mal zistené [napr. vysoký krvný tlak, diabetes, srdcové choroby, obezita, rakovina alebo nádor akéhokoľvek druhu, psychická porucha vrátane závislosti] a kedy boli prvýkrát diagnostikované, resp. dokladované v dokumentácii.

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"/>

Uveďte 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
<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 Uveďte dátum od kedy  a mieru poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť   
 Nie Čaká na posúdenie od dátumu

**3] Čestné vyhlásenie všeobecného, resp. praktického lekára**

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**.