

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 ošetroujúcim lekárom, ktorý ma k dispozícii zdravotnú dokumentáciu o úraze.

Vami vyplnené oznámenie [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.

Informácie pre poisteného

- Trvalé následky sa posudzujú po ukončení liečenia a po ustálení zdravotného stavu po úraze, spravidla po 1 roku od dátumu vzniku úrazu, ak zdravotný stav nie je ustálený, hodnotia sa podľa stavu ku dňu, ku ktorému uplynú tri roky odo dňa vzniku úrazu.
- V prípade potreby Vás pozveme na lekársku prehliadku – postupujte podľa pokynov uvedených v predvolaní.

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"/>		PSČ	<input type="text"/>	
Tel. kontakt	<input type="text"/>	E - mail*	<input type="text"/>		

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

Rodné číslo	<input type="text"/>	číslo dokladu totožnosti	<input type="text"/>
Druh dokladu totožnosti	<input type="text"/>	Vzťah k poistenému	<input type="text"/>
Štátna príslušnosť	<input type="text"/>		

[ďalej len „oznamovateľ“]

3] Poistná udalosť

Uvedte deň, mesiac a rok vzniku poistnej udalosti	<input type="text"/>	a presný čas [hh:mm]	<input type="text"/>
Miesto vzniku poistnej udalosti [ulica, číslo, obec, PSČ]	<input type="text"/>		
Poistná udalosť bola 1. krát oznámená poisťovni, uvedte dátum	<input type="text"/>	a presný čas [hh:mm]	<input type="text"/>

*pre účel elektronickej komunikácie pri likvidácii škodových udalostí

**vyplňte len ak sa líši od adresy trvalého bydliska

Opište okolnosti a príčinu vzniku poisťnej udalosti

Napište, ktorá časť tela bola poškodená a v akom rozsahu

Bola táto časť tela funkčne alebo vizuálne poškodená už pred touto poisťnou udalosťou? Áno Nie

Poistený je právák ľavák

Bola poisťná udalosť oznámená orgánom činným v trestnom konaní? Áno Nie Ak áno, uveďte dátum oznámenia, názov a adresu vyšetrovacieho orgánu a číslo vyšetrovacieho spisu.

4] Požadované doklady [križikom označte tie, ktoré prídadáte]

prepúšťacia správa príslušného zdravotníckeho zariadenia – kópia dokladu [ak bol poistený v dôsledku poisťnej udalosti hospitalizovaný]

súdne rozhodnutie súvisiace s poisťnou udalosťou

policajný protokol / uznesenie, ak túto poisťnú udalosť vyšetrovala polícia

iné doklady súvisiace s poisťnou udalosťou [uveďte aké]

5] Vyhlásenie poisťného / 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 poisťnej 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.

Poistený/ oznamovateľ splnomocňuje poisťovateľom oslovených lekárov a zdravotníckeho zariadenia na poskytnutie lekárskeho správ a výpisov zo zdravotnej dokumentácie týkajúcej 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. 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 poisťné 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/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.

Správa ošetrojúceho lekára [čitateľne vyplní a potvrdí lekár, ktorý ošetroval úraz poisteného]

Rodné číslo

Výška poisteného v cm

Váha poisteného v kg

1] Správa ošetrojúceho lekára – trvalé následky úrazu

Napište, aké trvalé následky zanechal úraz zo dňa

Opište objektívne príznaky trvalých následkov, najmä poruchy funkcií úrazom postihnutých častí tela. V prípade zranenia končatiny presný popis obmedzenia funkcie, hybnosti, svalovej sily v porovnaní so zdravou končatinou. Ak úraz zanechal jazvy, uveďte ich dĺžku, plochu, druh a lokalizáciu. V prípade zranenia oka – vízus – uveďte stupeň poškodenia oproti fyziologickému nálezu a stavu pred zranením. V prípade zranenia ucha – sluch – uveďte stupeň poškodenia oproti fyziologickému nálezu a stavu pred zranením.

Majú na rozsah trvalých následkov úrazu vplyv choroby nesúvisiace s úrazom? Nie Áno Ak áno, uveďte názov choroby

Nastali zistené zmeny zdravotného stavu výlučne úrazom? Nie Áno

Je liečenie úrazu ukončené a zdravotný stav ustálený? Nie Áno

Napište prognózu ďalšej liečby

Bola postihnutá časť tela poškodená už pred týmto úrazom? Nie Áno Ak áno, uveďte dátum, príčinu a rozsah poškodenia

Doplňujúce zdravotné oznámenia ošetrojúceho lekára

2] Čestné vyhlásenie ošetrojúceho lekára

Ako ošetrojúci lekár poisteného vyhlasujem, že všetky moje odpovede a informácie uvedené v tomto oznámení sú pravdivé a úplné nezamýšľam žiadne skutočnosti o zdravotnom stave poisteného.

V prípade požiadavky revízieho 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 a e-mailový kontakt

Podpis a pečiatka lekára

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