

### Návod na vyplnenie tlačiva

Tlačivo je zložené z dvoch častí:

- prvá a tretia strana tlačiva — body 1] až 5] oznámenia, sú určené na vypísanie pre Vás, nezabudnite doplniť miesto, dátum podpisu a oznámenie podpísať,
- štvrtá strana tlačiva — príloha oznámenia - správa o úraze, je určená na vypísanie ošetrojúcim lekárom poisteného, ktorý úraz liečil a má 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 oznámenia - správa o úraze 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:

- nárok na denné odškodné za dobu nevyhnutného liečenia úrazu vzniká za predpokladu, že doba nevyhnutného liečenia trvá min. 22 dní alebo doba nevyhnutného liečenia trvá min. 15 dní
- v prípade potreby vás pozveme na lekársku prehliadku – postupujte podľa pokynov uvedených v predvolaní
- súčasťou tohto oznámenia musí byť aj zdravotná dokumentácia o úraze

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 totožný 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	<input type="text"/>	Vzťah k poistenému	<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

Opíšte okolnosti a príčinu vzniku poistnej udalosti

Napište, ktorá časť tela bola poškodená a v akom rozsahu

Bola táto časť tela funkčne alebo vizuálne poškodená už pred touto poistnou udalosťou?  Áno  Nie Poistený je  pravák  ľavák

Bol poistený v dôsledku úrazu práceneschopný?  Áno  Nie

Vznikla poistná udalosť pri výkone povolania?  Áno  Nie Ak áno, uveďte:

Obchodné meno zamestnávateľa

Sídlo zamestnávateľa  
[ulica, číslo, obec]

PSČ

**K úrazu došlo** [označte správny údaj]

- v domácnosti  v škole alebo pri akcii organizovanej školou  v cestnej doprave  v inej doprave  pri športe  
 pri pešej chôdzi vrátane rekreačnej činnosti  pri opravárskej, údržbárskej alebo podobnej činnosti  pri podnikateľskej činnosti  
 pri inej činnosti mimo povolania, napíšte pri akej

**Čo zapríčinilo úraz?** [označte správny údaj]

- dopravný prostriedok  manipulácia so strojom alebo nástrojom  manipulácia s materiálom  pád, pošmyknutie  
 pád predmetu, zavalenie  výbuch, chemikália, strelná zbraň, elektrina  plyn, žiarenie, popálenie, jed  napadnutie zvierateľom  
 napadnutie inou osobou  iná príčina, napíšte aká

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

**Túto časť vyplňte, ak poistná udalosť vznikla pri športovej, telovýchovnej činnosti**

Ste registrovaný športovec?  Áno  Nie Ak áno, uveďte názov športu a súťaže

Bola športová alebo telovýchovná činnosť organizovaná?  Áno  Nie Ak áno, uveďte názov organizácie

**Túto časť vyplňte, ak poistná udalosť vznikla pri dopravnej nehode**

Údaje o motorovom vozidle

Továrenská značka

Typ

Evidenčné číslo motorového vozidla

Počet miest na sedenie

Počet prepravovaných osôb

Údaje o vodičovi motorového vozidla

Priezvisko

Meno

Titul

Adresa trvalého bydliska  
[ulica, číslo, obec]

PSČ

Údaje o spolucestujúcich, ktorí boli zranení

Priezvisko	Meno	Adresa

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

- prepúšťacia správa príslušného zdravotníckeho zariadenia** – kópia dokladu [ak bol poistený v dôsledku poistnej udalosti hospitalizovaný]  
 **súdne rozhodnutie** súvisiace s poistnou udalosťou  
 **policajný protokol / uznesenie**, ak túto poistnú udalosť vyšetrovala polícia  
 **iné doklady** súvisiace s poistnou udalosťou [uveďte aké]

5] 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 poisťovnej 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 zdravotnícke 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 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**

<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 vid' § 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	<input type="text"/>	Výška poisteného v cm	<input type="text"/>	Váha poisteného v kg	<input type="text"/>
Prvé lekárske ošetrenie bolo vykonané, uveďte:	<input type="text"/>	[dd.mm.rrrr]	<input type="text"/>	[hh:mm]	<input type="text"/>

## 1] Údaje o lekárovi, ktorý poskytol prvé ošetrenie úrazu

Priezvisko	<input type="text"/>	Meno	<input type="text"/>	Titul	<input type="text"/>
Adresa ambulancie [ulica, číslo, obec]	<input type="text"/>			PSČ	<input type="text"/>

Diagnóza úrazu, v dôsledku ktorého vznikla poistná udalosť – podrobne opíšte telesné poškodenia a ich rozsah, pri popáleninách stupeň a rozsah v % alebo cm<sup>2</sup>

Zodpovedajú telesné poškodenia a ich rozsah okolnostiam a príčine vzniku úrazu, ako sú uvedené v oznámení o poistnej udalosti – úraz?  Nie  Áno

Opíšte nález z vyšetrenia zo dňa  [RTG, CT, USG, Nukleárna magnetická rezonancia, Audio, Perimeter a pod.]

Podrobne opíšte spôsob a druh liečenia – v prípade rehabilitácie napíšte jej výsledky, frekvenciu a dĺžku

Bol poistený hospitalizovaný?  Nie  Áno Ak áno, uveďte:

Hospitalizovaný od  do  Názov liečebného zariadenia   
Adresa [ulica, číslo, obec]  PSČ

Zanechá úraz trvalé následky?  Nie  Áno Ak áno, uveďte ktoré časti tela budú poškodené a rozsah

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. Ako ovplyvnilo požitie alkoholu alebo omamných látok správanie poisteného?

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

Nastali počas liečenia úrazu komplikácie, ktoré predĺžili nevyhnutný čas liečenia?  Nie  Áno Ak áno, uveďte druh a príčinu komplikácie

Nevyhnutný čas liečenia úrazu [aj vrátane komplikácie] trval od  do

Bolo poistenému vystavené hlásenie o pracovnej neschopnosti [PN]?  Nie  Áno Ak áno, uveďte:

PN od  do  Číslo hlásenia PN  Dátum vystavenia

Doplňujúce zdravotné oznámenie 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 nezamýšľam som žiadne skutočnosti o zdravotnom stave poisteného. V prípade požiadavky revízného lekára poisťovne vyslovujem súhlas na účinnú spoluprácu a zapožičanie snímok RTG poisteného pre potreby objektívneho posúdenia trvalých následkov revíznym lekárom poisťovne.

Miesto a dátum vyplnenia správy	Telefonický kontakt ošetrojúceho lekára poisteného	Podpis a pečiatka lekára
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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