

**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 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 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.

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 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"/>

**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 [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"/>			<input type="text"/>			
<input type="text"/>			<input type="text"/>			

[ďalej len „oznamovateľ“]

**3] Poistná udalosť**

Uveďte deň, mesiac a rok vzniku invalidity poisteného

Invalidita nastala v dôsledku  choroby – uveďte deň, mesiac a rok diagnostikovania choroby

úrazu – uveďte deň, mesiac a rok úrazu

pokusu o samovraždu – uveďte deň, mesiac a rok pokusu o samovraždu

Bola invalidita spôsobená vplyvom alkoholu, omamných látok alebo nesprávnych dávok liekov?  Áno  Nie

Bol už poistenému priznaný starobný dôchodok?  Áno  Nie Čaká na jeho priznanie od – uveďte deň, mesiac a rok

\* pre účel elektronickej komunikácie pri likvidácii škodových udalostí

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

Uvedte opis okolností vzniku invalidity poisteného [ak udalosť súvisiacu so vznikom invalidity poisteného vyšetruval orgán činný v trestnom konaní, uvedte aj názov a adresu vyšetrovacieho orgánu a číslo vyšetrovacieho spisu]

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

- právoplatné rozhodnutie Sociálnej poisťovne** – originál alebo overená kópia dokladu\*
- lekárska správa posudkového lekára** – kópia dokladu
- prepúšťacia správa príslušného zdravotníckeho zariadenia** – kópia dokladu [ak bol poistený v dôsledku poistnej udalosti hospitalizovaný]
- policajný protokol / uznesenie**, ak túto poistnú udalosť vyšetruvala polícia
- súdne rozhodnutie** – ak ide o trestný čin [uvedte aký]
- iné doklady** [uvedte aké]

pozn.: v prípade poisteného mladšieho ako 18 rokov veku rozhodnutie Sociálnej poisťovne nahrádza komplexný posudok podľa § 15 zákona č. 447/2008 Z. z. s vyjadrením, že ide o fyzickú osobu s ťažkým zdravotným postihnutím [teda s mierou funkčnej poruchy najmenej 50%]

**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 poistnej udalosti nezamtlal 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](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 vyšetruval.

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

Miesto a priezvisko zástupcu Poisťovne

Pečiatka a podpis zástupcu Poisťovne

<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/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.

**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, v dôsledku ktorej / ktorého vznikla poistná udalosť**

Uvedte diagnózu, v dôsledku ktorej vznikla poistná udalosť – uvedte 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, uvedte 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** – uvedte deň, mesiac a rok

Uvedte, 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 závislostí] a kedy boli prvýkrát diagnostikované, resp. dokladované v dokumentácii.

Kód dg. / dg. slovom		Dátum od	
Kód dg. / dg. slovom		Dátum od	
Kód dg. / dg. slovom		Dátum od	
Kód dg. / dg. slovom		Dátum od	
Kód dg. / dg. slovom		Dátum od	

Uvedte 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

Bol poistený uznaný invalidným a/alebo osobou so zmenenou pracovnou schopnosťou (po pracovnom úraze) a/alebo osobou s ťažkým zdravotným postihnutím?

Áno Uvedte 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
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

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