

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 a štvrtá strana tlačiva – príloha oznámenia – správa ošetrojúceho lekára, je určená na vypísanie ošetrojúcim 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.

Informácie pre poisteného

- **vznik poistnej udalosti je potrebné čo najskôr oznámiť poisťovni**
- 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"/>	Tel. kontakt	<input type="text"/>	E - mail*	<input type="text"/>
	<input type="text"/>			PSČ	<input type="text"/>

[ďalej len „oznamovateľ“]

3] Poistná udalosť

Prvé príznaky kritickej choroby poisteného sa prejavili [uvedte dátum] a presný čas [hh:mm]

Opište príznaky kritickej choroby a ťažkosti

Prvýkrát bola diagnóza kritickej choroby poistenému stanovená [uvedte dátum]

Uvedte názov kritickej choroby [diagnózu]

* pre účel elektronickej komunikácie pri likvidácii škodových udalostí ** vyplňte len ak sa líši od adresy trvalého bydliska

Uvedte názvy a adresy zdravotníckych zariadení, v ktorých sa poistený liečil po stanovení diagnózy kritickej choroby, dobu trvania liečby [dátum od – do], ako aj mená lekárov a spôsob liečby [operácia, dialýza, konzervatívna liečba v lôžkovom zariadení, kúpele a pod.]

--

Uvedte názov a adresu zdravotníckeho zariadenia a meno lekára, u ktorého je dostupná zdravotná dokumentácia o kritickej chorobe poisteného

--

Bola udalosť súvisiaca so vznikom kritickej choroby oznámená orgánom činným v trestnom konaní? Nie Áno Ak áno, uveďte:

Dátum oznámenia Orgán činný v trestnom konaní Číslo konania

Zodpovedná osoba

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 udalosť súvisiacu so vznikom kritickej choroby poisteného vyšetřovala 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 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, 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 vyšetřoval.

Oznamovateľ svojím podpisom potvrdzuje, že:

a)

je nie je politicky exponovanou osobou v zmysle zákona č. 297/2008 Z. z. 1.,

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

--

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.

Uvedte, ktorá z vyššie uvedených kritických chorôb bola poistenému diagnostikovaná, resp. aký typ výkonu bol vykonaný.

Uvedte dátum stanovenia diagnózy

Uvedte dátum opakovaného potvrdenia diagnózy

Uvedte dátum vykonania chirurgického zákroku alebo zaradenia na čakaciu listinu pre orgánovú transplantáciu

Uvedte príznaky, vyšetrenia a nálezy [podľa tabuľky uvedenej v tomto tlačíve]

Uvedte názov a adresu zdravotníckeho zariadenia, v ktorom bola stanovená diagnóza, meno odborného lekára[ov] a telefonický kontakt.

Uvedte dátum zistenia prvých príznakov kritickej choroby alebo porúch, ktoré súvisia s kritickej chorobou

Uvedte názov a adresu zdravotníckeho zariadenia, v ktorom boli zistené prvé príznaky kritickej choroby, meno odborného lekára[ov] a telefonický kontakt.

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 nezamlčal som žiadne skutočnosti o zdravotnom stave poisteného.

V prípade požiadavky revízneho lekára poisťovne vyslovujem súhlas na účinnú spoluprácu a zapožičanie snímok RTG poisteného pre potreby objektívneho posúdenia revíznym lekárom poisťovne.

Miesto a dátum

Telefón a e-mail na ošetrojúceho lekára

Podpis a pečiatka lekára

Adresa ambulancie ošetrojúceho lekára poisteného

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