

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 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.

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

[ďalej len „oznamovateľ“]

3] Poistná udalosť

Uvedte deň, mesiac a rok vzniku pracovnej neschopnosti [PN]

PN nastala v dôsledku choroby [vrátane tehotenstva] úrazu – uvedte deň, mesiac a rok, kedy sa úraz stal

 Ak ide o následky úrazu z minulosti, uvedte, o aký úraz išlo a tiež deň, mesiac a rok, kedy sa stal

dopravnej nehody – uvedte deň, mesiac a rok dopravnej nehody

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

Bol poistený už v minulosti PN z rovnakého dôvodu ako teraz? Áno Nie Ak áno, uvedte dobu trvania PN od – do

Bol poistený k dátumu vzniku PN zamestnaný? Áno Nie

Bol poistený na materskej / rodičovskej dovolenke? Áno Nie

*pre účel elektronickej komunikácie pri likvidácii škodových udalostí

**vyplňte len ak sa líši od adresy trvalého bydliska

Zapričinilo vznik PN poisteného požitie alkoholu, omamných látok alebo nesprávnych dávok liekov z jeho strany? Áno Nie

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

Uveďte opis okolností vzniku PN poisteného zapríčinených úrazom, dopravnou nehodou alebo pokusom o samovraždu [ak udalosť súvisiacu so vznikom PN poisteného vyšetroval orgán činný v trestnom konaní, uveďte aj názov a adresu vyšetrovacieho orgánu a číslo vyšetrovacieho spisu]

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

- potvrdenie o dočasnej pracovnej neschopnosti [I. časť] – kópia lekárom vystaveného dokladu
- prepúšťacia správa príslušného zdravotníckeho zariadenia – kópia dokladu [ak bol poistený v dôsledku poistnej udalosti hospitalizovaný]
- iné [uveďte aké]

5] Vyhlasenie poisteného/ oznamovateľa, informácie pre oznamovateľa o spracúvaní jeho osobných údajov

Poistený/ oznamovateľ vyhlasuje a svojim 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.

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 svojim 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 svojim 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**.

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, zat/ 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.

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

Meno a priezvisko poisteného

Rodné číslo poisteného

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1] Identifikácia choroby / choroby / tehotenstvo, v dôsledku ktorej / ktorého vznikla poistná udalosť – pracovná neschopnosť [PN]

Deň vystavenia dokladu PN

Číslo dokladu PN

PN od

Práca schopný od

Uveďte diagnózu, v dôsledku ktorej vznikla PN a rozpätie trvania PN. Uveďte aj prípadne ďalšie diagnózy, resp. zmenu diagnózy v priebehu liečenia.

Kód dg. / dg. slovom

Dátum od - do

Kód dg. / dg. slovom

Kód dg. / dg. slovom

Kód dg. / dg. slovom

Dátum od - do

Dátum od - do

Dátum od - do

Dátum vzniku danej choroby [t. j. dátum, kedy bola choroba prvýkrát diagnostikovaná, resp. dokladovaná v dokumentácii], ak išlo o úraz, uveďte dátum vzniku úrazu. V prípade tehotenstva, uveďte aj termín očakávaného pôrodu:

Kód dg.

Dátum od

Kód dg.

Dátum od

Kód dg.

Dátum od

Kód dg.

Dátum od

Popíšte spôsob, druh liečenia a komplikácie [názvy a dávkovanie liekov, druh aplikácie liekov, druh podpornej liečby, pri rehabilitácii uveďte druh liečby, ako často a ako dlho bola rehabilitácia vykonávaná].

Nastalo ochorenie následkom používania alkoholu alebo návykových látok? Nie Áno Ak áno, do akej miery to malo vplyv na vznik ochorenia a trvania PN?

Vznikol úraz následkom požitia alkoholu alebo návykových látok? Nie Áno

Je pacientom dodržiavaný liečebný režim? Nie Áno Pokiaľ nie, ako bol porušený?

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

Dátum od

Kód dg. / dg. slovom

Dátum od

Kód dg. / dg. slovom

Dátum od

Uveďte PN s diagnózami a trvaním PN dlhšie ako 3 týždne v období 5 rokov pred dátumom vyhotovenia návrhu / uzavretia zmluvy

Diagnóza	Začiatok PN	Koniec PN	Diagnóza	Začiatok PN	Koniec PN

Bol poistený uznávaný 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 nezamätal žiadne skutočnosti o zdravotnom stave poisteného, čo potvrdzuje svojim podpisom.

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

Telefonický a e-mailový kontakt

Podpis a pečiatka lekára

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