



Poistovňa

OZNÁMENIE ŠKODOVEJ UDALOSTI pre Doplnkové zdravotné poistenie

Číslo poistnej zmluvy, z ktorej si uplatňujete nárok na poistné plnenie:	
Poistník – priezvisko, meno:	Poistený – priezvisko, meno:
Adresa poisteného:	Rodné číslo poisteného:
Tel. č. poisteného*	E-mail poisteného: **

* pre účel odoslania SMS notifikácie o uzavretí škodovej udalosti

**pre účel elektronickej komunikácie pri likvidácii škodových udalostí

VYPLNÍ POISTENÝ

Meno a adresa Vášho ošetrojúceho lekára, jeho odbornosť:	
V prípade hospitalizácie uveďte dobu hospitalizácie: od:	do:
Zdravotná starostlivosť bola poskytnutá v dôsledku: <input type="checkbox"/> úrazu <input type="checkbox"/> choroby	

Vyplňte v prípade úrazu:

Dátum, čas a miesto vzniku úrazu:
Podrobný popis okolností úrazu:
Vyšetřovala udalosť polícia? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie (Ak áno, priložte fotokópiu správy polície, ktorá nehodu šetrila)
Ktorá časť tela bola poranená?
Miesto a adresa prvého lekárskeho ošetrovania:

Kedy sa prejavili prvé príznaky choroby? (deň,mesiac,rok)

Kedy bola prvýkrát stanovená diagnóza? (deň,mesiac,rok)

Označte krížikom, za ktorú zdravotnú starostlivosť ste platili poplatok:

Uveďte, za ktorú zdravotnú starostlivosť ste platili poplatok:

- lieky predpísané lekárom (predložte fotokópiu lekárskeho predpisu a originál príjmový pokladničný doklad kde je uvedené meno a dátum narodenia pacienta a podpis a pečiatka lekára)
- okuliare a optické pomôcky (predložte fotokópiu lekárskeho poukazu a potvrdenie o úhrade)
- zdravotnícke pomôcky (predložte fotokópiu lekárskeho poukazu a potvrdenie o úhrade)
- stomatologická zdravotná starostlivosť (predložte potvrdenie o úhrade a lekársku správu)
- jednodňová zdravotná starostlivosť (predložte potvrdenie o úhrade a lekársku správu)
- nadštandardná nemocničná izba (predložte lekársku prepúšťaciu správu a doklad o úhrade)
- vystavenie zdravotnej dokumentácie (predložte doklad o úhrade)
- pobyt sprievodcu dieťaťa v nemocnici (predložte lekársku prepúšťaciu správu a doklad o úhrade)
- plastická chirurgia (predložte potvrdenie o úhrade a lekársku správu)
- cestovné náklady pri návšteve hospitalizovaného (predložte lekársku prepúšťaciu správu a cestovné lístky)

Podstúpili ste v dôsledku úrazu chirurgický zákrok a boli ste v tejto súvislosti hospitalizovaný? áno nie

(Ak áno, priložte prepúšťaciu správu z hospitalizácie)

Plnenie žiadam poukázať na:

účet č./IBAN

adresu:

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 škodovej udalosti nezamlčal a je si vedomý /á právnych dôsledkov uvedenia nepravdivých alebo neúplných informácií a / alebo odpovedí na otázky poisťovne. Som si vedomý/á, že v zmysle zákona o poisťovníctve poisťovateľ môže spracúvať moje osobné údaje uvedené v tomto oznámení, vrátane priložených dokladov, za účelom likvidácie škodovej udalosti. Prehlasujem, že som sa oboznámil/a so základnými informáciami o ochrane osobných údajov pre dotknutú osobu umiestnenými na www.union.sk.

Splnomocňujem poisťovateľom oslovených lekárov a zdravotnícke zariadenia na poskytnutie mojich lekárskeho správ a výpisov zo zdravotnej dokumentácie týkajúcich sa úrazu alebo na ich zapožičanie, čím ich zároveň zbavujem povinnosti mlčanlivosti voči poisťovateľovi. Splnomocňujem poisťovateľa v prípade potreby vyžiadať si: a) informácie o mojom zdravotnom stave v Sociálnej poisťovni; b) výpis z účtu poistenca zdravotnej poisťovne v príslušnej zdravotnej poisťovni; c) informácie o okolnostiach úrazu orgánu polície, ktorý udalosť vyšetroval.

V dňa

.....
podpis poisteného