

Číslo škodovej udalosti: _____

Poistník - meno, priezvisko alebo názov firmy, IČO:	Číslo poistnej zmluvy, z ktorej si uplatňujete nárok na poistné plnenie:
Poistený - meno, priezvisko:	Rodné číslo poisteného:
	Číslo ID (doklad totožnosti):
Adresa poisteného:	Tel. č. poisteného:*
	E-mail poisteného:**
Povolanie (uveďte súčasné povolanie):	Zamestnávateľ - názov, adresa:

*pre účel odoslania SMS notifikácie o uzavretí škodovej udalosti **pre účel elektronickej komunikácie pri likvidácii škodových udalostí

Chirurgický zákrok bol nevyhnutný z dôvodu: ☐ choroby ☐ úrazu ☐ komplikácií v tehotenstve ☐ pôrodu	Druh vykonaného chirurgického zákroku:
Dátum vykonania chirurgického zákroku:	Hospitalizácia od: _____ do: _____
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia, kde bol chirurgický zákrok vykonaný:	
Presný dátum vzniku choroby / úrazu / komplikácií v tehotenstve, ktoré viedli k vykonaniu chirurgického zákroku:	
Diagnóza ochorenia, resp. úrazu, kvôli ktorej ste podstúpili chirurgický zákrok:	
Podrobný opis okolností vzniku choroby / úrazu / komplikácií v tehotenstve:	
Ak bola dôvodom chirurgického zákroku choroba, kedy a kým boli zistené prvé príznaky ochorenia, v dôsledku ktorého bol vykonaný chirurgický zákrok:	
Druh ťažkostí: _____	
Liečba ochorenia, resp. ťažkostí prebiehala od: _____ do: _____	
Ak bol dôvodom chirurgického zákroku úraz, došlo k nemu pri:	
☐ pracovnej činnosti - presný druh vykonávanej práce _____ ☐ mimopracovnej činnosti - akej _____ ☐ športovej činnosti - presný druh športu _____	
Priložte: ☐ lekársku prepúšťacu správu zo zdravotníckeho zariadenia, kde bol poistený hospitalizovaný	
☐ záznam z prvého ošetrenia, kedy bolo ochorenie / úraz po prvýkrát diagnostikované	
Poistné plnenie žiadam poukázať:	
☐ bankovým prevodom - číslo účtu v tvare IBAN: _____	☐ poštovým poukazom na adresu: _____

Vyhlasenie:

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. Vyhlasujem, 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 zdravotníckeho zariadenia na poskytnutie mojich lekárskeho správ a výpisov zo zdravotnej dokumentácie týkajúcej 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, resp. zákonného zástupcu

Poplatok za vyhotovenie správy ošetrojúceho lekára hradí poistená osoba, resp. zákonný zástupca poisteného dieťaťa. Poistovnía uhradí poistenému náklady na vyhotovenie správy lekára zvýšením sumy poistného plnenia o 5,00 EUR, na základe priloženého príjmového pokladničného dokladu.

Správa ošetrojúceho lekára
o chirurgickom zákroku poistenej osoby uvedenej na prednej strane oznámenia

Ošetrojúci lekár - meno, priezvisko, titul:	Tel.č.:	E-mail:
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:		

Druh vykonaného chirurgického zákroku:	Dátum vykonania chirurgického zákroku:
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia, kde bol chirurgický zákrok vykonaný:	Kedy bol chirurgický zákrok po prvýkrát navrhnutý:

Chirurgický zákrok v dôsledku choroby	
Diagnóza ochorenia, v dôsledku ktorého bol chirurgický zákrok vykonaný:	
Dátum diagnostikovania ochorenia, v dôsledku ktorého bol vykonaný chirurgický zákrok:	
Liečil sa poistený pre súvisiace ťažkosti s diagnostikovaným ochorením, v dôsledku ktorého bol vykonaný chirurgický zákrok, aj v minulosti? ☐ áno ☐ nie	
Ak áno, uveďte odkedy: _____ dokedy: _____ Druh ťažkostí: _____	
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:	

Chirurgický zákrok v dôsledku úrazu	
Prvé lekárske ošetrenie v dôsledku úrazu dňa _____ o hod. _____	
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia: _____	
Podrobný popis telesného poškodenia spôsobeného úrazom s určením jeho rozsahu a príčiny:	
Diagnóza vlastného zranenia:	
Spôsob a druh liečby:	
RTG / MR / CT / sono - nález s opisom:	
Došlo k úrazu pod vplyvom alkoholu? ☐ áno ☐ nie Ak áno, uveďte zistené % alkoholu v krvi: _____	
Došlo k úrazu pod vplyvom omamných či toxických látok, drog? ☐ áno ☐ nie Ak áno, akých: _____	
Bola poranená časť tela funkčne postihnutá už pred úrazom? ☐ áno ☐ nie Ak áno, ako a v akom rozsahu: _____	
Môžete vylúčiť úmyselné seba poškodenie poisteného? ☐ áno ☐ nie Prečo? _____	
Bol chirurgický zákrok vykonaný z estetických dôvodov? ☐ áno ☐ nie	
Bol poistený za účelom chirurgického zákroku hospitalizovaný? ☐ áno ☐ nie Ak áno, odkedy: _____ dokedy: _____	
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:	

Potvrdenie a vyhlásenie ošetrojúceho lekára:

Potvrdzujem, že som poisteného: _____ rodné číslo: _____

☐ ošetroval a vykonal chirurgický zákrok

☐ vypracoval správu o chirurgickom zákroku na základe zdravotnej dokumentácie o chirurgickom zákroku, ktorý bol vykonaný v dôsledku choroby, resp. úrazu poisteného uvedeného na prednej strane oznámenia, vystavenej zdravotníckym zariadením: _____

Vyhlasujem, že všetky mnou uvedené údaje sú pravdivé, úplné a zodpovedajú skutočnosti.

V _____ dňa _____

pečiatka zdravotníckeho zariadenia
a podpis ošetrojúceho lekára