

Vyplnené oznámenie škodovej udalosti zasielajte spolu **s kópiou potvrdenia o dočasnej pracovnej neschopnosti**, kompletnými lekáorskými správami, v prípade hospitalizácie aj lekáorskou prepúšťacou správou, v prípade pracovného úrazu aj potvrdením o jeho nahlásení príslušnému inšpektorátu práce a v prípade vyšetrovania udalosti orgánom polície aj správou polície z vyšetrovania 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 (uvedte súčasné povolanie):	Zamestnávateľ - názov, adresa:

*pre účel odoslania SMS notifikácie o uzavretí škodovej udalosti

**pre účel elektronickej komunikácie pri likvidácii škodových udalostí

Uvedte meno a adresu Vášho ošetrujúceho lekára, jeho odbornosť:

Trvanie práceneschopnosti od (dátum): _____ do (dátum): _____ Číslo potvrdenia o pracovnej neschopnosti: _____

Máte v inej poisťovni platné poistenie, z ktorého vyplýva nárok na plnenie v dôsledku pracovnej neschopnosti? ☐ áno ☐ nie

Ak áno, uveďte názov poisťovne, názov poistenia a dennú dávku, na ktorú máte nárok:

Vznikla pracovná neschopnosť v dôsledku úrazu? ☐ áno ☐ nie

Ak ide o úraz, uveďte presný názov diagnózy, dátum úrazu a okolnosti jeho vzniku:

Ktorá časť tela bola poranená?

Bola poranená časť tela už pred úrazom funkčne poškodená? ☐ áno ☐ nie

Utrpeli ste už v minulosti úraz? ☐ áno ☐ nie Ak áno, kedy a o aké poškodenie išlo:

K úrazu došlo pri činnosti ☐ pracovnej ☐ mimopracovnej ☐ športovej

Ak k úrazu došlo pri športovej činnosti, uveďte druh športu, ktorý vykonávate:

Ste registrovaný v športovom klube? ☐ áno ☐ nie Ak áno, uveďte názov a presnú adresu:

K úrazu došlo pri ☐ tréningu ☐ súťaži ☐ rekreačnom športovaní

Ak ide o úraz v motorovom vozidle, uveďte meno a adresu vodiča:

Vyšetroval udalosť orgán polície? ☐ áno ☐ nie Ak áno, priložte kópiu správy z vyšetrovania udalosti.

Bola urobená skúška na hladinu alkoholu v krvi? ☐ áno ☐ nie Ak áno, uveďte zistené % alkoholu v krvi:

Ak ide o ochorenie, uveďte kód a názov diagnózy a opis daného ochorenia, kvôli ktorému ste práceneschopný:

Kedy bolo dané ochorenie po prvýkrát diagnostikované (zistené)?

Boli ste v súvislosti s daným ochorením hospitalizovaný alebo máte plánovanú hospitalizáciu? ☐ áno ☐ nie

Ak áno, uveďte kedy (od, do) a kde:

Poistné plnenie žiadam poukázať:

☐ bankovým prevodom - číslo účtu v tvare IBAN: _____

☐ poštovým poukazom na 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 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 zdravotnícke zariadenia na poskytnutie mojich lekáorských 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