

Oznámenie poistnej udalosti [križikom označte uzatvorený produkt poistenia]

Poistenie schopnosti splácať úver/ pôžičku SIPO poistenie

Návod na vyplnenie tlačiva

Tlačivo je zložené z dvoch častí:

- prvá a druhá strana tlačiva – body 1] až 6] oznámenia, sú určené na vypísanie pre Vás, nezabudnite doplniť miesto, dátum podpisu a oznámenie podpísať,
- tretia strana tlačiva – bod 7] oznámenia, je určený na vypísanie všeobecným, resp. praktickým lekárom poisteného.

Vami vyplnené oznámenie [body 1] až 6]] spolu s požadovanými dokladmi uvedenými v bode 5], predložte lekárovi, ktorý doplní bod 7] tlačiva 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.

Dôležité upozornenia:

Pre úhradu ďalších čiastkových poistných plnení bude potrebné preukazovať poisťovni trvanie nezamestnanosti raz za kalendárny mesiac [najneskôr do 5. dňa kalendárneho mesiaca nasledujúceho po mesiaci, počas ktorého bol poistený nezamestnaný]. Pri Poistení schopnosti splácať úver/pôžičku splátky úveru/pôžičky uhrádzajte naďalej až do oznámenia o ukončení šetrenia poistnej udalosti. O ukončení šetrenia poistnej udalosti Vás budeme informovať listom.

Dátum uzavretia poistenia [dátum podpisu zmluvy / dodatku]

1] Identifikačné údaje poisteného

Priezvisko	<input type="text"/>	Meno	<input type="text"/>	Titul	<input type="text"/>
Adresa trvalého bydliska [ulica, číslo, obec]	<input type="text"/>			PSČ	<input type="text"/>
Rodné číslo	<input type="text"/>	Tel. kontakt	<input type="text"/>	E - mail*	<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"/>				

Údaje o všeobecnom, resp. praktickom lekárovi alebo lekárovi zamestnávateľa poisteného

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

[ďalej len „oznamovateľ“]

3] Číslo účtu na úhradu poistného plnenia

▪ **Poistenie schopnosti splácať úver:**

- pre úvery schválené od 1.4.2009 číslo účtu pre poistné plnenie je číslo úverového účtu, ku ktorému bolo poistenie zriadené.
- pre úvery schválené do 31.3.2009 prosím uveďte číslo účtu, na ktorý žiadate zaslať poistné plnenie:

Číslo účtu	<input type="text"/>	Kód banky	<input type="text"/>
Číslo účtu v tvare IBAN***	<input type="text"/>		

- **SIPO poistenie** – číslo účtu pre poistné plnenie je číslo účtu Poštovej karty a variabilný symbol je číslo Poštovej karty, ku ktorej bolo poistenie zriadené.

- Ak si želáte zaslať poistné plnenie na iný účet, prosím, uveďte:

Číslo účtu	<input type="text"/>	Kód banky	<input type="text"/>
Číslo účtu v tvare IBAN***	<input type="text"/>		

*pre účel elektronickej komunikácie pri likvidácii škodových udalostí

**vyplňte len ak sa líši od adresy trvalého bydliska

***ak ste neuviedli číslo účtu v tvare číslo účtu a kód banky, uveďte číslo účtu v tvare IBAN

4] Poistná udalosť

Uveďte dôvod rozviazania pracovného pomeru poisteného

Uveďte dátum prevzatia písomného oznámenia zamestnávateľa o rozviazaní prac. pomeru poisteným – deň, mesiac a rok

Uveďte dátum registrácie poisteného v evidencii uchádzačov o zamestnanie na úrade práce – deň, mesiac a rok

Uveďte obchodné meno, adresu, tel. kontakt a e-mail zamestnávateľa, u ktorého bol poistený naposledy zamestnaný

Uveďte obchodné meno, adresu, tel. kontakt a e-mail zamestnávateľa poisteného, ku dňu vzniku poistenia a dobu trvania pracovného pomeru

Uveďte adresu úradu práce, sociálnych vecí a rodiny, na ktorom je poistený vedený v evidencii uchádzačov o zamestnanie

Bol vznik straty zamestnania zapríčinený vplyvom alkoholu, omamných látok alebo nesprávnych dávok liekov?

Áno Nie

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

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

- pracovná zmluva vrátane všetkých jej dodatkov – kópia
- doklad o rozviazaní pracovného pomeru – kópia
- potvrdenie o zápočte rokov – kópia
- doklad preukazujúci priznanie starobného dôchodku [ak je poistený starobný dôchodca]
- overená kópia Oznámenia o zaradení občana do evidencie uchádzačov o zamestnanie z úradu práce, sociálnych vecí a rodiny
- rozhodnutie Sociálnej poisťovne o priznaní / nepriznaní podpory [dávky] v nezamestnanosti – kópia
- iné [uveďte aké]

6] 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 škodovej 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 zdravotnícke 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.

Miesto a dátum podpisu oznámenia

Meno, priezvisko a podpis oznamovateľa

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

7] Údaje o zdravotnom stave poisteného [čitateľne vyplní a potvrdí všeobecný, resp. praktický lekár poisteného, pri nedostatku miesta pokračujte na zadnej strane]

Meno a priezvisko poisteného

Rodné číslo poisteného

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

Výška poisteného v cm

Váha poisteného v kg

Dátum merania

7a] Zdravotný stav poisteného k dátumu uzatvorenia poistenia [deň, mesiac, rok podpisu zmluvy / dodatku]

Uveďte, ktoré choroby alebo poruchy zdravotného stavu poistený mal / dodnes má zistené a kedy boli prvýkrát diagnostikované, resp. dokladované v dokumentácii: psychická porucha [vrátane závislosti], epilepsia, infarkt myokardu, kardiomyopatia, trombóza, diabetes mellitus [cukrovka], ischemická choroba dolných končatín alebo srdca, angina pectoris, ateroskleróza, cievne choroby mozgu, pľúcna embólia, zhubný novotvar [nádor], rakovina, ochrnutie, HIV/AIDS, Crohnova choroba, choroby pečene, choroby centrálnej nervovej sústavy [mozog, miecha, vrátane Parkinsonovej choroby, Alzheimerovej choroby, sklerózy multiplex], chronické ochorenie obličiek, encefalitída, astma, chronická obštrukčná choroba pľúc a priedušiek, chronické ochorenie pankreasu [podžalúdkovej žľazy].

Kód dg. / dg. slovom

Dátum od

Kód dg. / dg. slovom

Dátum od

Kód dg. / dg. slovom

Dátum od

Kód dg. / dg. slovom

Dátum od

Je poistený v súčasnosti PN?

Nie

Áno

Ak áno uveďte diagnózu slovom a dátumom začiatku PN.

Kód dg. / dg. slovom

Začiatok PN

Užíva / al poistený pravidelne lieky

Nie

Áno

Ak áno, uveďte názov lieku, dávkovanie, začiatok a koniec užívania a diagnózu, kvôli ktorej ich užíva / al.

Začiatok lekárskeho dohľadu	Diagnóza	Dátum prvého diagnostikovania	Názov lieku	Užívanie od - do

Je/ bol poistený hospitalizovaný v nemocnici alebo v inom zdravotníckom zariadení?

Nie

Áno

Ak áno, uveďte diagnózu a odkedy .

Kód dg. / dg. slovom

Začiatok hospitalizácie

Uveďte PN s diagnózami a trvaním PN v období 3 rokov pred dátumom uzavretia poistenia [dátum podpisu zmluvy / dodatku]

Diagnóza	Začiatok PN	Koniec PN	Diagnóza	Začiatok PN	Koniec PN

Bol poistený uznaný 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

Požiadal poistený o priznanie úrazovej renty?

Nie

Áno

Úrazová renta bola priznaná [deň, mesiac, rok]

7b] Čestné vyhlásenie všeobecného, resp. praktického lekára poisteného

Všeobecný, resp. praktický lekár poisteného čestne vyhlasuje, že na všetky otázky odpovedal pravdivo a úplne a nezamlčal žiadne skutočnosti o zdravotnom stave poisteného, čo potvrdzuje svojim podpisom.

Miesto a dátum vyplnenia údajov o zdravotnom stave

Podpis a pečiatka lekára

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