

**Poistenie schopnosti splácať úver/pôžičku**  
**Poistenie schopnosti splácať úver na bývanie**

Oznámenie poistnej udalosti [krížikom označte uzatvorený produkt poistenia]

Poistenie schopnosti splácať úver/pôžičku

Poistenie schopnosti splácať úver na bývanie

**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 a štvrtá 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 poistovňa, 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 upozornenie:** 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 o úvere/pôžičky, resp. dodatku o poistení]

**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"/>	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"/>

**Údaje o odbornom lekárovi 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 [ďalej len „oznamovateľ“]**

Priezvisko	<input type="text"/>	Meno	<input type="text"/>	Titul	<input type="text"/>
Adresa [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"/>
Vzťah k poistenému	<input type="text"/>				

**3] Číslo účtu na úhradu poistného plnenia**

**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 <sup>1)</sup>	<input type="text"/>		

**4] Poistná udalosť**

Uveďte deň, mesiac a rok úmrtia poisteného	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Úmrtie nastalo v dôsledku	<input type="checkbox"/> choroby – uveďte deň, mesiac a rok diagnostikovania choroby <input type="checkbox"/> úrazu – uveďte deň, mesiac a rok úrazu <input type="checkbox"/> dopravnej nehody – uveďte deň, mesiac a rok dopravnej nehody <input type="checkbox"/> samovraždy – uveďte deň, mesiac a rok samovraždy	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

<sup>1)</sup> ak ste neuviedli číslo účtu v tvare číslo účtu a kód banky, uveďte číslo účtu v tvare IBAN

\* pre účel elektronickej komunikácie pri likvidácii škodových udalostí

Bolo úmrtie spôsobené vplyvom alkoholu, omamných látok alebo nesprávnych dávok liekov?  Áno  Nie

Uveďte opis okolností úmrtia poisteného [ak úmrtie poisteného vyšetroval orgán činný v trestnom konaní, uveďte aj názov a adresu vyšetrovacieho orgánu, kontaktnú osobu a číslo vyšetrovacieho spisu]

**5] Požadované doklady [križikom označte tie, ktoré prikleďate]**

- úmrtný list poisteného** – úradne overená kópia dokladu
- list o prehliadke mŕtveho** – kópia dokladu
- prepúšťacia správa príslušného zdravotníckeho zariadenia** – kópia dokladu [ak bol poistený v dôsledku poistnej udalosti hospitalizovaný]
- pitevná správa** – kópia dokladu [ak bola vykonaná súdna pitva]
- znalecký posudok** – kópia dokladu [ak bol znalecký posudok vypracovaný]
- protokol alebo uznesenie**, ak udalosť vyšetrovala polícia
- súdne rozhodnutie, ak ide o trestný čin** [uveďte aký]
- iné** [uveďte aké]

**6] Vyhlásenie a splnomocnenie 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 škodovej udalosti nezamlčal a je si vedomý /á právnych dôsledkov uvedenia nepravdivých alebo neúplných informácií a / alebo odpovedí na otázky poisťovne.

Oznamovateľ splnomocňuje poisťovňu, aby pre potrebu šetrenia poistnej udalosti vyžadovala od ošetrojúcich lekárov poisteného, od zdravotníckych zariadení, v ktorých sa poistený liečil, od zdravotnej poisťovne poisteného a od Sociálnej poisťovne potrebné informácie a dokumentáciu o zdravotnom stave zosnulého poisteného. Oznamovateľ vyhlasuje, že vo vzťahu k zosnulému poistenému je osobou, ktorá je v zmysle príslušných všeobecne záväzných právnych predpisov oprávnená plnomocenstvo udeliť.

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](http://www.union.sk).

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 v bode 7c ]**

Meno a priezvisko poisteného  Rodné číslo poisteného

Výška poisteného v cm  Váha poisteného v kg  Dátum merania

**7a] Identifikácia choroby / úrazu, v dôsledku ktorej / ktorého vznikla poistná udalosť**

Uvedte diagnózu, v dôsledku ktorej vznikla poistná udalosť – uvedte jednotlivé diagnózy a rozpätie ich trvania

Kód dg. / dg. slovom	<input type="text"/>	Dátum od - do	<input type="text"/>
Kód dg. / dg. slovom	<input type="text"/>	Dátum od - do	<input type="text"/>
Kód dg. / dg. slovom	<input type="text"/>	Dátum od - do	<input type="text"/>
Kód dg. / dg. slovom	<input type="text"/>	Dátum od - do	<input type="text"/>
Kód dg. / dg. slovom	<input type="text"/>	Dátum od - do	<input type="text"/>

Bola v minulosti u poisteného diagnostikovaná [resp. dokladovaná v dokumentácii] vyššie uvedená choroba /úraz? Ak áno, kedy prvýkrát:

Kód dg.	<input type="text"/>	Dátum od	<input type="text"/>	Kód dg.	<input type="text"/>	Dátum od	<input type="text"/>
Kód dg.	<input type="text"/>	Dátum od	<input type="text"/>	Kód dg.	<input type="text"/>	Dátum od	<input type="text"/>

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

Uvedte, ktoré choroby alebo poruchy zdravotného stavu poistený mal zistené a kedy boli prvýkrát diagnostikované, resp. dokladované v dokumentácii: psychická porucha [vrátane závislostí], 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	<input type="text"/>	Dátum od	<input type="text"/>
Kód dg. / dg. slovom	<input type="text"/>	Dátum od	<input type="text"/>
Kód dg. / dg. slovom	<input type="text"/>	Dátum od	<input type="text"/>
Kód dg. / dg. slovom	<input type="text"/>	Dátum od	<input type="text"/>
Kód dg. / dg. slovom	<input type="text"/>	Dátum od	<input type="text"/>

Užíval poistený pravidelne lieky?  Nie  Áno Ak áno, uvedte názov lieku, dávkovanie, začiatok a koniec užívania a diagnózu, kvôli ktorej ich užíval.

Začiatok lekárskeho dohľadu	Diagnóza	Dátum prvého diagnostikovania	Názov lieku	Užívanie od - do
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Bol poistený hospitalizovaný v nemocnici alebo v inom zdravotníckom zariadení?  Nie  Áno Ak áno, uvedte diagnózu a odkedy .

Kód dg. / dg. slovom  Začiatok hospitalizácie

Uvedte PN s diagnózami a trvaním PN v období 3 rokov pred dátumom uzatvorenia poistenia [dátumom podpisu žiadosti / zmluvy / dodatku].

Diagnóza	Začiatok PN	Koniec PN	Diagnóza	Začiatok PN	Koniec PN
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Bol poistený uznaný invalidným a/alebo osobou so zmenenou pracovnou schopnosťou a/alebo osobou s ťažkým zdravotným postihnutím?

Áno Uvedte dátum od kedy  a mieru poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť

Nie Čakal na posúdenie od dátumu

Požiadaval poistený o priznanie úrazovej renty?  Nie  Áno Úrazová renta bola priznaná [deň, mesiac, rok]

**7c] Miesto na doplnenie**

**7d] 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 svojím podpisom.

Miesto a dátum vyplnenia údajov o zdravotnom stave

Podpis a pečiatka lekára

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