

OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI z pripoistenia dennej kompenzácie za hospitalizáciu k životnému poisteniu

Poistník – meno, priezvisko, resp. názov firmy, IČO:	Číslo poistnej zmluvy:
Poistený – meno, priezvisko:	Rodné číslo poisteného:
Adresa:	Tel. č.:
Zákonný zástupca – meno, priezvisko a adresa:*	

*Údaje je povinné vyplniť v prípade, ak poistený nie je plnoletý.

Uveďte meno a adresu Vášho lekára, príp. odborných lekárov, ktorí majú záznamy o Vašom zdravotnom stave:	
Dátum začiatku hospitalizácie:	Dátum ukončenia hospitalizácie:
Názov a adresa nemocnice, kde bol poistený hospitalizovaný:	
Išlo o hospitalizáciu z dôvodu: <input type="checkbox"/> choroby <input type="checkbox"/> úrazu <input type="checkbox"/> komplikácií v tehotenstve <input type="checkbox"/> pôrodu	
Je dátum začiatku hospitalizácie zhodný s dátumom vzniku choroby / úrazu / komplikácií v tehotenstve ? áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
Ak nie, uveďte presný dátum a hodinu vzniku choroby / úrazu / komplikácií v tehotenstve:	
Miesto a adresa prvého lekárskeho ošetrenia (ak bolo toto ošetrenie poskytnuté v inom zdravotníckom zariadení, t.j. nie v nemocnici, kde bol poistený hospitalizovaný):	
Opíšte podrobne spôsob a okolnosti vzniku choroby / úrazu / komplikácií v tehotenstve:	
Boli ste už niekedy v čase pred uzatvorením poistnej zmluvy hospitalizovaný v súvislosti s chorobou, ktorá bola dôvodom hospitalizácie ? áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
Ak áno, uveďte dátum hospitalizácie (od – do) a adresu nemocnice, kde sa hospitalizácia uskutočnila:	
Boli ste už niekedy v čase pred uzatvorením poistnej zmluvy liečený, lekársky sledovaný alebo vyšetrovaný v súvislosti s chorobou, ktorá bola dôvodom hospitalizácie ? áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
Ak áno, uveďte, kedy Vám bola táto choroba diagnostikovaná prvý raz a meno a adresu lekára, príp. zdravotníckeho zariadenia, ktoré chorobu diagnostikovalo:	
Ak bol dôvodom hospitalizácie úraz, vyznačte krížikom <input checked="" type="checkbox"/> , pri akej činnosti k nemu došlo: <input type="checkbox"/> pri pracovnej činnosti uveďte presný druh vykonávanej práce: <input type="checkbox"/> pri mimopracovnej činnosti uveďte akaj: <input type="checkbox"/> pri športovej činnosti uveďte presný druh športu:	
Poistenie dennej kompenzácie, príp. denného odškodného mám uzatvorené aj v inej poisťovni: áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
Ak áno, uveďte presný názov a adresu poisťovne:	
Poistné plnenie žiadam poukázať na účet č.:	vedený v:

Upozornenie: - K tomuto oznámeniu o poistnej udalosti priložte prepúšťaciu správu z nemocnice, v ktorej bol poistený hospitalizovaný.

Krížikom vyznačte ďalšie priložené doklady: lekárska dokumentácia preukazujúca vznik choroby alebo úrazu
 lekárska dokumentácia obsahujúca osobnú anamnézu poisteného
 iná lekárska dokumentácia, uveďte názov:

Vyhlasujem, že som na všetky otázky odpovedal pravdivo a úplne a som si vedomý možných dôsledkov v prípade zamlčania závažných okolností alebo uvedenia nesprávnych informácií. Vyhlasujem, že som sa oboznámil s ustanoveniami poistnej zmluvy o ochrane osobných údajov.

Súhlasím, aby si Union poisťovňa, a.s. vyžiadala všetku potrebnú zdravotnú dokumentáciu o mojom liečení a celkovom zdravotnom stave. Súčasne pozbavujem lekárov mlčanlivosti o všetkých skutočnostiach týkajúcich sa môjho zdravotného stavu. Taktiež súhlasím, aby si Union poisťovňa, a.s. v prípade potreby vyžiadala: **a)** informácie o mojom zdravotnom stave v Sociálnej poisťovni; **b)** výpis z karty poistenca zdravotnej poisťovne v príslušnej zdravotnej poisťovni; **c)** informácie o okolnostiach úrazu od orgánu polície, ktorý udalosť vyšetroval.

Poistený týmto dáva lekárovi výslovný písomný súhlas s poskytnutím údajov o jeho zdravotnom stave Union poisťovni, a.s.

Poistený týmto dáva poisťovateľovi výslovný písomný súhlas: **a)** so spracovaním osobných údajov, ako aj osobitnej kategórie osobných údajov v informačnom systéme poisťovateľa v súvislosti s dojednaným poistením a so sprístupnením týchto údajov tretím osobám v súvislosti so správou poistenia, likvidáciou poistných udalostí a zaistením. Súhlas sa udeľuje na dobu do vysporiadania všetkých záväzkov vyplývajúcich z poistnej zmluvy; **b)** s tým, aby tretie osoby, ktorým poisťovateľ poskytol osobné údaje, spracovali osobné údaje v rozsahu a na účel vyplývajúci z ich právneho postavenia, maximálne po dobu desiatich rokov od ukončenia zmluvného vzťahu medzi poisťovateľom a poistníkom/poisteným, pričom ustanovenia osobitných právnych predpisov tým nie sú dotknuté; **c)** s tým, aby poisťovateľ vykonával cezhraničný prenos osobných údajov do ktorejkoľvek z krajín EÚ, krajín pridružených k EÚ, krajín patriacich do Európskeho hospodárskeho priestoru; **d)** na získavanie osobných údajov kopírovaním, skenovaním alebo iným zaznamenávaním úradných dokladov na nosič informácií.

Poistený je oprávnený tento súhlas odvolať. Odvolanie nemá spätné účinky.

V dňa

.....
 Podpis poisteného
 (poistníka, zákonného zástupcu)