



OZNÁMENIE ŠKODOVEJ UDALOSTI CESTOVNÉ POISTENIE

- LIEČEBNÉ NÁKLADY V ZAHRANIČÍ
 DENNÉ DÁVKY POČAS HOSPITALIZÁCIE
 NEVYDARENÁ DOVOLENKA

Číslo poisťnej zmluvy:

Oznamovateľ škodovej udalosti* (osoba, ktorá vypisuje oznámenie škodovej udalosti)

**V prípade, ak osoba oznamujúca škodovú udalosť je splnomocnenec poisteného, musí byť súčasťou oznámenia škodovej udalosti plná moc potvrdzujúca oprávnenie splnomocnenca konať v mene poisteného.*

meno, priezvisko tel. e-mail

mesto/ ulica, číslo / PSČ

Poistený**

*** Údaj o poistenom vyplňajte len v prípade, ak oznamovateľ nie je totožný s poisteným.*

meno, priezvisko tel. e-mail

mesto/ ulica, číslo / PSČ rodné číslo /

Škodová udalosť

Dátum vzniku hodina štát miesto vzniku škody

Popíšte podrobne vznik a priebeh zdravotných problémov, kvôli ktorým ste museli vyhľadať lekárske ošetrovanie

.....
.....
.....
.....

Forma poskytnutej zdravotnej starostlivosti

Výška nákladov v cudzej mene Výška nákladov v cudzej mene Výška nákladov v cudzej mene

Ambulantné ošetrovanie Prevoz do nemocnice v zahraničí Hospitalizácia (od - do)

Lieky Prevoz na územie SR Prevoz telesných pozostatkov

Zájazd poriadaný v dňoch Meno, priezvisko blízkej osoby, uvedenej v zmluve o zájazde, ktorej vznikne nárok na plnenie z poistenia nevydarenej dovolenky

Číslo účtu IBAN blízkej osoby: *IBAN je štandardný medzinárodný formát čísla účtu*

Trpeli ste už pred vycestovaním do zahraničia ochorením, kvôli ktorému ste boli v zahraničí ošetrovaní? áno nie

Ak áno, uveďte dátum od kedy ste pre dané ochorenie v liečbe:

Zavinila škodovú udalosť iná osoba? áno nie Ak áno, uveďte:

Meno, priezvisko tel. e-mail

Bola škoda hlásená: asistenčnej službe áno nie Ak nie, uveďte dôvod:

polícií áno nie adresa

hasičom áno nie adresa

Je tento druh poistenia dojednaný aj v inej poisťovni? áno nie Ak áno, uveďte:

názov a adresu poisťovne

Poistné plnenie

V prípade úhrady vzniknutých nákladov, uveďte presnú sumu nákladov: mena:

Poistné plnenie žiadam poukázať bankovým prevodom na číslo účtu IBAN:

v slovenskej mene

poštovou poukážkou na adresu: meno a priezvisko príjemcu:

Prehlásenie poisteného/oznamovateľa škodovej udalosti

Podpísaný svojím podpisom potvrdzuje pravdivosť a úplnosť uvedených údajov a zaväzuje sa postupovať v zmysle všeobecne záväzných predpisov. Poistený vyjadruje súhlas s vyžiadanim všetkej potrebnej zdravotnej dokumentácie týkajúcej sa jeho liečby v zahraničí. Zároveň poistený prehlasuje, že súhlasí s tým, aby vyššie uvedené údaje boli poisťovateľom spracovávané a využívané na účely likvidácie škodovej udalosti.

Beriem na vedomie, že UNIQA poisťovňa, a.s. spracúva moje osobné údaje na účely nahlásenia poistnej udalosti a následnej likvidácie poistnej udalosti, v rozsahu stanovenom v oznámení škodovej udalosti a dokladoch potrebných na posúdenie a likvidáciu škodovej udalosti a to v rámci výkonu činností súvisiacich s poisťovacou a zaisťovacou činnosťou v zmysle platnej legislatívy a po dobu nevyhnutne potrebnú na zabezpečenie práv a povinností vyplývajúcich zo zmluvného vzťahu založeného poistnou zmluvou a súvisiacich so vzniknutou škodovou udalosťou.

Spracúvanie mojich osobných údajov je v súlade s článkom 6 ods. 1 písm. b) a c) všeobecného nariadenia o ochrane osobných údajov Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov potrebné na plnenie tejto poistnej zmluvy ako aj zákonných povinností poisťiteľa pri výkone poisťovacej činnosti.

Beriem na vedomie, že moje osobné údaje môžu byť poskytnuté aj iným subjektom podnikajúcim v oblasti poistenia, zaistenia a bankovníctva.

Vyhlasujem, že pri poskytnutí svojich osobných údajov Poisťiteľovi UNIQA poisťovňa, a.s. som bol dostatočne a zrozumiteľne informovaný o svojich právach vyplývajúcich zo spracúvania mojich osobných údajov, o prenose osobných údajov do tretích krajín, o povinnosti osobné údaje poskytnúť v súvislosti so zákonnými alebo zmluvnými požiadavkami, ako aj o ďalších relevantných skutočnostiach obsiahnutých v dokumente označenom ako "Informácie o podmienkach spracúvania osobných údajov", ktorého znenie mi bolo zaslané elektronickou poštou alebo dané k dispozícii osobne na pobočke Poisťiteľa pri nahlásovaní škodovej udalosti alebo som mal možnosť sa s ním oboznámiť na webovom sídle poisťiteľa www.uniq.sk. Zároveň beriem na vedomie, že UNIQA poisťovňa, a.s. poskytuje všetky informácie týkajúce sa spracúvania osobných údajov na webovom sídle www.uniq.sk/osobneudaje.

Prílohy:

- lekárska správa z ošetrenia s uvedením diagnózy (originál)
- zmluva o zájazde (len pri poistení nevydarenej dovolenky - kópia)
- potvrdenie o vycestovaní a spätnom návrate na územie SR, len pri ročnom a viacročnom CP (kópia)
- doklad o úhrade v hotovosti za poskytnutú zdrav. starostlivosť, v prípade platby v hotovosti (orig.)
- účty za poskytnutú zdravotnú starostlivosť, lieky, prevoz (orig.)
- prepúšťacia správa z hospitalizácie (orig.)
- lekársky predpis liekov, recept (orig.)
- policajná správa (orig.)

V

dňa:

.....
Podpis poisteného/oznamovateľa