



# OZNÁMENIE ŠKODOVEJ UDALOSTI z poistenia pre prípad invalidity

Poistná zmluva číslo:																				
Poistený:	Meno, priezvisko a titul:										E-mail:									
	Rodné číslo:										Číslo telefónu:									
	Adresa:										PSČ:									

## POPIS INVALIDITY A PRÍČINY VZNIKU INVALIDITY (potvrdený lekárom)

Dátum priznania invalidného dôchodku:
Diagnóza, pre ktorú bol klientovi priznaný invalidný dôchodok:
Stanovené % poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť v porovnaní so zdravou fyzickou osobou, na základe ktorého bol priznaný invalidný dôchodok:
Bolo ochorenie komplikáciou (následkom) inej choroby? Ak áno, uveďte jej dg.:
Kedy bolo ochorenie prvý raz zistené?
Kde a kým bol klient liečený (pred Vami, súčasne s Vami)?
Ostatné zdravotné oznámenia ošetrojúceho lekára:
V ..... dňa: ..... pečiatka a podpis lekára
Adresa zdravotníckeho zariadenia, telefón:
Meno a priezvisko lekára:
Číslo účtu lekára v IBAN: <input type="text"/> IBAN je štandardný medzinárodný formát čísla účtu

Ž/399/20

UNIQA poisťovňa, a.s., Krasovského 15, 851 01 Bratislava, Slovenská republika

Tel.: (+421) 2 32 600 100, Web: [www.uniqa.sk](http://www.uniqa.sk), E-mail: [poistovna@uniqa.sk](mailto:poistovna@uniqa.sk)

IČO: 00653501, DIČ: 2021096242, IČ DPH: SK7020000229, Obchodný register Okresného súdu Bratislava I, oddiel: Sa, vložka číslo: 843/B

**Vyhlasenie:**

Súhlasím s tým, aby si UNIQA poisťovňa, a. s. vyžiadala potrebnú zdravotnú dokumentáciu o mojom liečení a zdravotnom stave od lekárov, ktorí ma ošetrojú, ošetrovali alebo vyšetrovali. Prehlasujem, že mi bola priznaná invalidita a údaje uvedené v tomto tlačive sú pravdivé.

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 poistiteľa 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 poistiteľovi 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.

Zároveň beriem na vedomie, že UNIQA poisťovňa, a.s. poskytuje všetky informácie týkajúce sa spracúvania osobných údajov na webovom sídle [www.uniqa.sk/osobneudaje](http://www.uniqa.sk/osobneudaje).

V ..... dňa: ..... Podpis poisteného: .....

**Pokyny pre poisteného:**

1. Vyplňte prosím hrubo orámované časti pravdivo a úplne.
2. Správu ošetrojúceho lekára v tomto tlačive vyplní lekár, ktorý Vás liečil.
3. K tomuto vyplnenému tlačivu priložte rozhodnutie Sociálnej poisťovne o miere poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť, uznaní invalidným a nepriznaní invalidného dôchodku podľa platných právnych predpisov, vrátane lekárskej správy, na základe ktorej bolo vydané toto rozhodnutie o priznaní invalidity.
4. Podrobné lekárske správy lekárov, ktorí Vás ošetrojú, ošetrovali alebo vyšetrovali o príčinách, začiatku, druhu, priebehu, predpokladanej dĺžke invalidity a jej stupni.
5. Ďalšie povinnosti poisteného počas trvania invalidity sú uvedené aj vo všeobecných poistných podmienkach a poistných podmienkach platných pre dané poistenie.