



OZNÁMENIE ŠKODOVEJ UDALOSTI
z poistenia pre prípad pracovnej neschopnosti
Poistenie kľúčovej osoby



Poistná zmluva číslo:												Úverová zmluva číslo:	
Poistený:	Meno, priezvisko a titul:						E-mail:						
	Rodné číslo:						Číslo telefónu:						
	Adresa domov:						PSČ:						
	Adresa zamestnávateľa (vlastnej firmy):												
	Zamestnanie:						Číslo telefónu zamestnávateľa (vl. firmy):						
Kedy ste v súvislosti s terajším ochorením alebo úrazom navštívili prvý raz lekára:													
Aká bola stanovená diagnóza:													
Adresa a meno lekára, ktorý diagnózu stanovil:													
Kto a kedy vystavil doklad o pracovnej neschopnosti? Adresa a meno lekára:													
Kde ste sa kvôli ochoreniu alebo úrazu liečili a budete liečiť?													
	Adresa:						Telefón:						
	Adresa:						Telefón:						
Liečili ste sa kvôli uvedenému ochoreniu v minulosti, prípadne boli poranené časti tela poškodené pred úrazom? Ak áno, uveďte kedy a kde:													
Kde sa počas pracovnej neschopnosti zdržiavate:						Telefón:							
Máte lekárom povolené vychádzky? Ak áno, uveďte presne dni a hodiny:													
Ste poistený v inej poisťovni pre ušlý zárobok za dobu pracovnej neschopnosti? Ak áno, tak na akú dennú dávku?													

SPRÁVA OŠETRUJÚCEHO LEKÁRA na základe dokladu o pracovnej neschopnosti

Ošetrojúci lekár potvrdzuje, že ošetroval pacienta, ktorý je uvedený na prvej strane tohto formulára.

Zo záznamov zdravotnej dokumentácie a ďalších údajov uvádza:

Kedy došlo k prvému lekárskeму ošetrovaniu pre uvedenú chorobu alebo úraz. Aká bola stanovená prvotná diagnóza, uveďte slovné i označením podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb (MKCH 10), ďalej uveďte prípadnú zmenu diagnózy v priebehu liečenia:

Popíšte, prosím, podrobne spôsob a druh liečenia (názvy a dávkovanie liekov, druh podpornej liečby, pri rehabilitácii uveďte druh liečby, ako často a ako dlho bola rehabilitácia vykonávaná):

Bol pacient pre rovnaké ochorenie alebo úrazu v minulosti už liečený?
Kedy a kde sa liečil:

Je priebeh ochorenia alebo úrazu komplikovaný? Druh komplikácie:

Bol alebo je poistený v súvislosti so súčasným ochorením alebo úrazom hospitalizovaný?
Od kedy? Ako dlho? Uveďte adresu nemocničného zariadenia a meno ošetrojúceho lekára, telef. č.:

V prípade trvania pracovnej neschopnosti boli povolené vychádzky?
Pokiaľ áno, tak v ktorých dňoch a hodinách?

Na kedy je stanovená nasledujúca kontrola u ošetrojúceho lekára?

Došlo k ochoreniu alebo úrazu následkom požívania alkoholu alebo návykových látok? Ak áno, tak do akej miery to malo vplyv na vznik ochorenia a trvania pracovnej neschopnosti?

Promile alkoholu:

Je pacientom dodržiavaný liečebný režim? Pokiaľ nie, tak ako bol porušený?

Ostatné zdravotné oznámenia ošetrojúceho lekára:

Doklad o pracovnej neschopnosti:

Deň vystavenia dokladu pracovnej neschopnosti:

Číslo dokladu pracovnej neschopnosti:

Od kedy, príp. aj do kedy trvala pracovná neschopnosť (ak je už ukončená):

Doklad o pracovnej neschopnosti bol zaslaný sociálnej poisťovni - adresa:

V dňa:

Adresa zdravotníckeho zariadenia, telefón:

Meno a priezvisko lekára:

Peňažný ústav:

Číslo účtu IBAN

IBAN je štandardný medzinárodný formát čísla účtu

Vyhlasenie:

Vyhlasujem, že som na všetky otázky zodpovedal pravdivo a úplne a som si vedomý dôsledkov vyplývajúcich z nesprávnych odpovedí na povinnosť poisťovne plniť. Súhlasím s tým, aby si UNIQA poisťovňa, a. s. vyžiadala všetku potrebnú zdravotnú dokumentáciu o mojom liečení a zdravotnom stave a fotokópiu dokladu pracovnej neschopnosti vzťahujúcej sa k požadovanému nároku na príslušnej správe sociálneho zabezpečenia. Súhlasím s tým, aby si UNIQA poisťovňa, a. s., ak to bude nutné, vyžiadala potvrdenie o výške môjho príjmu u zamestnávateľa, prípadne u príslušnej finančnej správy.

Žiadam aby bolo poistné plnenie poukázané na bežný účet, ktorý je uvedený v úverovej zmluve, ku ktorej je dojednané poistenie, z ktorého si uplatňujem nárok na poistné plnenie.

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 zaistovacou 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 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 poistiteľa pri nahlasovaní škodovej udalosti alebo som mal možnosť sa s ním oboznámiť na webovom sídle poistiteľa www.uniqa.sk.

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

V dňa:

Podpis poisteného:

Pokyny pre poisteného:

Vyplnené tlačivo spolu s požadovanou dokumentáciou je potrebné do UNIQA poisťovne, a. s. doručiť **do 5 dní** po uplynutí karenčnej lehoty, ak pracovná neschopnosť trvá aj po uplynutí tejto karenčnej lehoty.

1. Vyplňte prosím hrubo orámované časti pravdivo a úplne.
2. Správu ošetrojúceho lekára na zadnej strane tohto tlačiva vyplní lekár, ktorý Vás liečil.
3. K tomuto vyplnenému tlačivu priložte overenú fotokópiu potvrdenia o pracovnej neschopnosti (vznik aj trvanie k prvému dňu po uplynutí karenčnej lehoty).
4. V prípade poistnej udalosti, ktorá nastala do 60 mesiacov od začiatku poistenia, a ak sa poistenie dojednalo bez skúmania zdravotného stavu, priložte aj výpis z Vašej zdravotnej dokumentácie.
5. Ďalšie povinnosti poisteného počas trvania pracovnej neschopnosti sú uvedené aj vo Všeobecných poistných podmienkach platných pre dané poistenie.
6. Potvrdenie zo sociálnej poisťovne že PN bola preplatená od/do.