OZNÁMENIE ŠKODOVEJ UDALOSTI

☐ z poistenia trvalých následkov úrazu

☐ z pripoistenia euroochrany

Kapitálové životné poistenie TB

Poistná zmluva číslo:											

Poistený	Priezvisko, meno, titul:	Rodné číslo:
	Adresa domov:	PSČ:
	Tel. číslo: E-mail:	
	Zamestnanie v čase vzniku úrazu:	

Meno a adresa lekára a zdravotníckeho zariadenia, kde je evidovaná zdravotná dokumentácia:

K úrazu došlo dňa: o: hod., miesto:

za akých okolností:

Ktorá časť tela bola poranená?

Bola poranená časť tela už pred úrazom poškodená? V akom rozsahu?

K úrazu došlo I. Počas pracovnej činnosti (činnosť, ktorú ste práve vykonávali):

II. Počas mimopracovnej činnosti (bližšie označte zdroj príčiny úrazu):

1 manipulácia so strojmi (nástrojmi) 2 pád 3 zavalenie

4 výbuch, chemikálie, strelné zbrane 5 popáleniny, omrzliny, jedy

6 napadnutie zvieratami 7 čin inej osoby

4 dopravné prostriedky: pri motorových vozidlách ☐ vodič ☐ spolucestujúci ŠPZ:

Mená a adresy svedkov úrazu:

Prípad vyšetroval:

Ú/005/18

UNIQA poisťovňa, a.s., Krasovského 15, 851 01 Bratislava, Slovenská republika
Infolinka: (+421) 2 32 600 100, Web: www.uniqa.sk, E-mail: poistovna@uniqa.sk,
IČO: 00 653 501, DIČ: 2021096242, IČ DPH: SK7020000229, Obchodný register Okresného súdu Bratislava I, Oddiel: Sa, vložka číslo: 843/B

Vyhlásenie:
Súhlasím s tým, aby si UNIQA poisťovňa, a. s. vyžiadala potrebnú zdravotnú dokumentáciu o mojom liečení a zdravotnom stave od lekárov, ktorí ma ošetrujú, ošetrovali alebo vyšetrovali. Prehlasujem, že na všetky otázky som odpovedal(a) pravdivo a úplne a som si vedomý(á) dôsledkov nesprávnych odpovedí na povinnosť poistiteľa plniť. 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 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.

Poistné plnenie poukážte na:

IBAN je štandardný medzinárodný formát čísla účtu

Č. účtu v IBAN: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Adresa: ..... PSČ: .....

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

Pokyny pre poisteného
1. Vyplňte prednú stranu tlačiva pravdivo a úplne.
2. Správu ošetrujúceho lekára vyplní lekár, ktorý Vás liečil.

SPRÁVA OŠETRUJÚCEHO LEKÁRA

SPRÁVA O OŠETRENÍ ÚRAZU

Kedy a kde došlo podľa zdravotnej dokumentácie k prvému lekárskemu ošetreniu? dňa: o: hod., miesto:

Podrobný popis telesného poškodenia následkom úrazu:

Spôsob ošetrenia:

Diagnóza poranenia (poranení):

Opis rtg. nálezu

Bola poranená časť tela už pred úrazom funkčne poškodená? V akom rozsahu?

Došlo k úrazu z opilosti, príp. požitím omamných a návykových látok? Aké príznaky opilosti boli zistené, príp. promile alkoholu v krvi?

Adresy zdravotníckych zariadení, kde bol poistený pre uvedený úraz hospitalizovaný

kde: odkedy: dokedy:

Zodpovedá telesné poškodenie úrazového deju uvedenému na prednej strane tlačiva? ☐ áno ☐ nie

Je predpoklad, že úraz zanechá trvalé následky? Ak áno, akého druhu a rozsahu?

Je liečenie skončené a dnešný stav nezmeniteľný? Ďalšie oznámenia ošetrujúceho lekára:

V dňa:

podpis a pečiatka lekára

Údaje o lekárovi meno a priezvisko lekára: PSČ:

č. účtu v IBAN: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

IBAN je štandardný medzinárodný formát čísla účtu