



# OZNÁMENIE ŠKODOVEJ UDALOSTI CESTOVNÉ POISTENIE

- TRVALÉ NÁSLEDKY ÚRAZU  
 SMŔŤ ÚRAZOM

Číslo poisťnej zmluvy:

Číslo škodovej udalosti:

**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 úrazu  hodina  štát  miesto vzniku úrazu

Došlo k úmrtiu poisteného?      nie       áno       dátum úmrtia:

**Uveďte podrobný popis vzniku úrazu**

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

**Pri akej činnosti došlo k úrazu poisteného?**

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

mená a adresy svedkov úrazu

Vyšetrovala prípad polícia?      nie       áno       Ak áno, uveďte presnú adresu:

Ktorá časť tela bola poranená?

Bola poranená časť tela už pred úrazom 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?

**Pozostalé osoby** (v prípade smrti poisteného)

manžel/ka       deti       počet detí       vek detí

**Poistné plnenie**

Poistné plnenie žiadam poukázať bankovým prevodom na číslo účtu IBAN: ..... SWIFT kód ..... 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 vyžiadaním všetkej potrebnej zdravotnej dokumentácie o jeho liečení a zdravotnom stave. 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 poisťnej udalosti a následnej likvidácie poisťnej udalosti, v rozsahu stanovenom v oznámení škodovej udalosti a dokladoch potrebných na posúdenie a likvidáciu škodovej udalosti a to v rámci výkonu činnosti 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 poisťnou 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 poisťnej 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.

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).

**Prílohy (originály):**

**Trvalé následky úrazu**

- správa ošetrojúceho lekára na Slovensku
- policajná správa (ak prebehlo vyšetrovanie)
- lekárska správa ošetrojúceho lekára s uvedením diagnózy

**Smrť úrazom**

- úradný doklad o úmrtí (úmrtňný list)
- lekárska správa o úmrtí (list o prehládke mŕtveho)
- policajná správa (ak prebehlo vyšetrovanie)
- prepúšťacia správa z hospitalizácie poisteného (v prípade, ak došlo k jeho úmrtiu v nemocnici)
- potvrdenie z matriky o všetkých existujúcich pozostalých osobách zosnulého

V ..... dňa: .....  
.....  
..... podpis poisteného/oznamovateľa



## SPRÁVA OŠETRUJÚCEHO LEKÁRA K TRVALÝM NÁSLEDKOM ÚRAZU

Uvedené tlačivo vyplní ošetrujúci lekár poisteného 1 rok po vzniku úrazu.

Dňa ..... utrpel poistený: .....

..... rodné číslo:.....

Úraz, z ktorého si nárokuje odškodnenie trvalých následkov. K umožneniu objektívneho prehodnotenia prosíme (žiadame) Vás ako ošetrujúceho lekára o zaslanie nasledovnej správy:

1. Aké trvalé následky zanechal uvedený úraz (opis objektívnych príznakov a porúch funkcie)?
2. Sú uvedené odchýlky v zdravotnom stave zapríčinené len úrazom? Nebol postihnutý orgán poškodený už pred úrazom? Ak áno, v akom rozsahu?
3. Nemajú na celkový rozsah trvalých následkov vplyv chorobné zmeny nesúvisiace s úrazom?
4. Ak sú obmedzenia hybnosti akého stupňa (označte) ľahkého, stredného, ťažkého?
5. Je liečenie uvedeného úrazu ukončené a dnešný stav trvalý?
V ..... dňa .....
..... podpis a pečiatka ošetrujúceho lekára
Meno lekára:
Peňažný ústav:
Číslo účtu: