



OZNÁMENIE ŠKODOVEJ UDALOSTI

z poistenia úrazu pri cestách do zahraničia



Rámcové identifikačné číslo: 8 0 0 4 8 2

INFORMÁCIE O POISTENOM

ČÍSLO POISTNEJ ZMLUVY: 1 2 0 _ _ _ _ _

Dátum platnosti poistenia od:		do:	
Priezvisko:		Meno:	
Titul:	Dátum narodenia:	Rodné číslo: /	
Adresa trvalého bydliska v SR (ak na tejto adrese nebyvate, uveďte, prosíme, korešpondenčnú adresu):			
			PSČ:
Telefón:		E-mail:	
Názov a kód zdravotnej poisťovne v SR:			

INFORMÁCIE O ŽIADATEĽOVI

(vyplňte v prípade, že poistený nie je zhodný so žiadateľom)

Priezvisko:	Meno:	Titul:
Rodné číslo: /	Vzťah k poistenému:	
Adresa trvalého bydliska v SR (ak na tejto adrese nebyvate, uveďte, prosíme, korešpondenčnú adresu):		
		PSČ:
Telefón:	E-mail:	

ÚDAJE O ŠKODOVEJ UDALOSTI

(ak nestačí miesto na požadované údaje, uveďte ich vo zvláštnej prílohe)

Dátum škodovej udalosti:	Miesto:	Štát:
Oznámili ste škodovú udalosť asistenčnej službe?		<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
Došlo ku škodovej udalosti pod vplyvom alkoholu alebo iných návykových látok?		<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
Bola škodová udalosť vyšetovaná políciou? Ak áno, priložte policajnú správu.		<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
Vznikla škoda cudzím zavinením? Ak áno, uveďte podrobnejšie informácie.		<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
Vznikla škoda pri dopravnej nehode? Ak áno, uveďte číslo konania:		<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia, v ktorom vám bolo poskytnuté prvé ošetrenie, prípadne ďalšia liečba:	Od:	Do:
--	-----	-----

Uveďte, prosíme, informácie o všetkých zdravotníckych zariadeniach v zahraničí a v Slovenskej republike, kde ste boli (alebo stále ste) v súvislosti s úrazom ošetrený/á, liečený/á alebo hospitalizovaný/á.

Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:	Od:	Od:
Meno lekára:	Odbornosť:	

Pri políčkach s možnosťou voľby označte krížikom hodiaci sa variant, nehodiace sa preškrtnite.

Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:	Od:	Od:
Meno lekára:	Odbornosť:	

Kto a kde zistil trvalé následky

Meno lekára:	Odbornosť:
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:	

Aké zranenie ste následkom úrazu utrpeli?		
Ktorá časť tela bola poranená?		
Ako sa trvalé následky úrazu prejavujú?		
Mali ste viditeľné známky zranenia (rany, pomliaždeniny a pod.)? Ak áno, opíšte.	<input type="checkbox"/> Áno	<input type="checkbox"/> Nie
Pri končatinách a párových orgánoch označte stranu:	<input type="checkbox"/> Pravá	<input type="checkbox"/> Ľavá
Dominantná horná končatina je:	<input type="checkbox"/> Pravá	<input type="checkbox"/> Ľavá
Bola poranená časť tela postihnutá už pred úrazom?	<input type="checkbox"/> Áno	<input type="checkbox"/> Nie
Utrpeli ste v minulosti podobný úraz? Ak áno, opíšte.	<input type="checkbox"/> Áno	<input type="checkbox"/> Nie
Poruchy zdravia pred úrazom a ich súvislosť s úrazovým poškodením:		

V prípade úrazu s následkom smrti priložte, prosím, kópiu úmrtného listu a originál lekárskej správy s uvedenou príčinou úmrtia.

DOPLŇUJÚCE POZNÁMKY

--

ÚDAJE PRE ZASLANIE POISTNÉHO PLNENIA

Poistné plnenie poukážte:

Na eurový bankový účet poisteného vedený v banke:
Číslo účtu IBAN:

IBAN je štandardný medzinárodný formát čísla účtu

Pri políčkach s možnosťou voľby označte krížikom hodiaci sa variant, nehodiace sa preškrtnite.

VYHLÁSENIE

Vyhlasujem, že som všetky otázky zodpovedal/a pravdivo a úplne, že som k hlásenému úrazu alebo ochoreniu vyplnil/a iba toto oznámenie škodovej udalosti a že som si vedomý/á dôsledkov nesprávnych, skreslených alebo neúplných odpovedí na povinnosť poisťiteľa plniť.

Súhlasím, aby si poisťiteľ vyžiadal všetku dokumentáciu o zdravotnom stave a priebehu liečenia poisteného pre potreby vyšetrovania škodovej udalosti a zbavujem lekára sľubu mlčanlivosti. Ďalej zmocňujem lekára, zdravotnícke zariadenia a zariadenia poskytujúce zdravotnú starostlivosť na vyhotovenie lekárskeho správy, výpisu zo zdravotníckej dokumentácie či na ich zapožičanie.

Takisto súhlasím, aby si poisťiteľ pre potreby vyšetrovania škodovej udalosti vyžiadal potrebné podklady na polícii, u správnych orgánov a v iných poisťovniach. 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 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 nahlasovaní škodovej udalosti alebo som mal možnosť sa s ním oboznámiť na webovom sídle poisťiteľa 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.

Počet listov príloh, ktoré prikladám:

V	dňa
Podpis poisteného alebo žiadateľa	

Vyplnené hlásenie, prosíme, pošlite na adresu: **UNIQA poisťovňa, a.s., Krasovského 15, 851 01 Bratislava** alebo e-mailom na adresu asistenčnej služby UNIQA poisťovne, a.s.: claims.travel@axa-assistance.cz.