



OZNÁMENIE ŠKODOVEJ UDALOSTI z poistenia liečebných nákladov a nevydarenej dovolenky

Poistná zmluva číslo

Nárokujete si poistné plnenie z poistenia: liečebných nákladov nevydarenej dovolenky
 denné dávky počas hospitalizácie

Bola poistenie dojednané cez CK? áno nie
Ak áno, uveďte názov:

Oznamovateľ škodovej udalosti (osoba, vypisujúca 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.

Oznamovateľ škodovej udalosti	Meno, priezvisko, titul:	
	Adresa:	PSČ:
	E-mail:	Tel. číslo:

Poistený**

** Údaj o poistenom vyplňajte len v prípade, ak oznamovateľ nie je totožný s oznamovateľom.

Poistený**	Meno, priezvisko, titul:	RČ:
	Adresa:	PSČ:
	E-mail:	Tel. číslo:

ÚDAJE O ŠKODOVEJ UDALOSTI (ak nestačí miesto na požadované údaje, uveďte ich vo zvláštnej prílohe)

Škodová udalosť	Dátum vzniku škody:	Čas:
	Miesto	Štát:

Ste súčasne poistený na rovnaké riziko inou poistnou zmluvou? Ak áno, uveďte akou a v akej poisťovni:	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
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 vyšetrovaná políciou? Ak áno, priložte policajnú správu.	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Bola škodová udalosť hlásená hasičom?	<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
Je tento druh poistenia dojednaný aj v inej poisťovni? Ak áno, uveďte názov a adresu:	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie

CP/019/21

UNIQA linka +421 232 600 100

e-mail: info@uniqa.sk

www.uniqa.sk

UNIQA poisťovňa, a.s., so sídlom Evropská 810/136, 160 00 Praha 6, Česká republika, IČO: 492 40 480, spoločnosť zapísaná v obchodnom registri Mestského súdu v Prahe, oddiel B, vložka č. 2012, podnikajúca v Slovenskej republike prostredníctvom organizačnej zložky: UNIQA poisťovňa, a.s., pobočka poisťovne z iného členského štátu, so sídlom Krasovského 3986/15, 851 01 Bratislava, Slovenská republika, IČO: 53 812 948, zapísaná v obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel Po, vložka č. 8726/B

POISTENIE LIEČEBNÝCH NÁKLADOV

O aké ochorenie alebo úraz išlo? Uved'te diagnózu (ak ju poznáte):
Uved'te podrobný popis, za akých okolností došlo k náhlemu ochoreniu alebo úrazu:
Trpeli ste pred začiatkom poistenia uvedeným ochorením? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie

Zavinenie inou osobou	Zavinila škodovú udalosť iná osoba? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Ak áno, uved'te:
	Meno, priezvisko, titul:
	E-mail: Tel. číslo:

VÝŠKU VZNIKNUTEJ ŠKODY PREUKAZUJEM TÝMITO ORIGINÁLMI DOKLADOV

Prosíme, uved'te sumy v eurách, ktoré žiadate preplatiť za:***	Poistenému	Lekárovi	Nemocnici	Dopravcovi
Ambulantné ošetrovanie				
Hospitalizácia				
Lieky				
Doprava				
Ostatné				
CELKOVO				

*** Je potrebné doložiť faktúru a doklad o úhrade, pokladničný doklad alebo detail bankového prevodu

UNIQA linka +421 232 600 100

e-mail: info@uniqa.sk

www.uniqa.sk

UNIQA poisťovňa, a.s., so sídlom Evropská 810/136, 160 00 Praha 6, Česká republika, IČO: 492 40 480, spoločnosť zapísaná v obchodnom registri Mestského súdu v Prahe, oddiel B, vložka č. 2012, podnikajúca v Slovenskej republike prostredníctvom organizačnej zložky: UNIQA poisťovňa, a.s., pobočka poisťovne z iného členského štátu, so sídlom Krasovského 3986/15, 851 01 Bratislava, Slovenská republika, IČO: 53 812 948, zapísaná v obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel Po, vložka č. 8726/B

Vyhlasenie

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

Beriem na vedomie, že UNIQA poisťovňa, a.s., pobočka poisťovne z iného členského štátu 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 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., pobočka poisťovne z iného členského štátu 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., pobočka poisťovne z iného členského štátu poskytuje všetky informácie týkajúce sa spracúvania osobných údajov na webovom sídle www.uniqa.sk/osobneudaje.

Sankčná klauzula

Bez ohľadu na ustanovenia poistnej zmluvy, z ktorej sa škoda uplatňuje, poskytne poisťiteľ poistné plnenie iba v prípade, ak takýto postup nie je v rozpore so žiadnymi ekonomickými, obchodnými alebo finančnými sankciami a/alebo embargami Bezpečnostnej rady OSN, Európskej únie alebo akýmkoľvek ustanoveniami vnútroštátnej legislatívy či legislatívy Európskej únie, ktorá sa uplatňuje na účastníkov poistného vzťahu alebo na iné osoby uplatňujúce si náhradu škody/poistné plnenie z danej poistnej zmluvy. Toto ustanovenie sa vzťahuje aj na ekonomické, obchodné alebo finančné sankcie a/alebo embargá vydané Spojenými štátmi americkými alebo inými krajinami, pokiaľ nie sú v rozpore s legislatívou Európskej únie alebo vnútroštátnou legislatívou vzťahujúcou sa na účastníkov poistného vzťahu založeného touto poistnou zmluvou alebo na osoby uplatňujúce si náhradu škody/poistné plnenie z danej poistnej zmluvy. Ustanovenia tejto sankčnej klauzuly sa vzťahujú rovnako aj na zaistné zmluvy a náhrady škôd/poistné plnenia z nich vyplývajúce.

Prílohy

■ lekár. správa ošetroj. lekára s uvedením diagnózy (orig.)	■ účty za poskytnutú zdrav. starostlivosť, lieky, prevoz (orig.)
■ zmluva o zájazde (len pri poistení nevydarenej dovolenky – kópia)	■ prepúšťacia správa z hospitalizácie (orig.)
■ potvrdenie o vycestovaní a spätnom návrate na územie SR, len pri ročnom a viacročnom CP (kópia)	■ lekársky predpis liekov, recept (orig.)
■ doklad o úhrade v hotovosti za poskytnutú zdrav. starostlivosť, v prípade platby v hotovosti (orig.)	■ policajná správa
	■ faktúra + doklad o úhrade, pokladničný doklad alebo detail bankového prevodu

Poistné plnenie mi zašlite na:

Účet	Číslo účtu v IBAN:	
	Meno a priezvisko príjemcu:	
	Poštovou poukážkou na adresu:	
V	dňa:	Podpis Poisteného / oznamovateľa

UNIQA linka +421 232 600 100

e-mail: info@uniqa.sk

www.uniqa.sk

UNIQA poisťovňa, a.s., so sídlom Evropská 810/136, 160 00 Praha 6, Česká republika, IČO: 492 40 480, spoločnosť zapísaná v obchodnom registri Mestského súdu v Prahe, oddiel B, vložka č. 2012, podnikajúca v Slovenskej republike prostredníctvom organizačnej zložky: UNIQA poisťovňa, a.s., pobočka poisťovne z iného členského štátu, so sídlom Krasovského 3986/15, 851 01 Bratislava, Slovenská republika, IČO: 53 812 948, zapísaná v obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel Po, vložka č. 8726/B