



OZNÁMENIE ŠKODOVEJ UDALOSTI

z poistenia liečebných nákladov, batožiny
a zodpovednosti za škodu spôsobenú
pri cestách do zahraničia



Nárokujete si poistné plnenie z poistenia: liečebných nákladov batožiny zodpovednosti za škodu

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): PSC:			
Telefón:		E-mail:	
Názov a kód zdravotnej poisťovne v SR:			

ÚDAJE O ŠKODOVEJ UDALOSTI

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

Dátum škodovej udalosti:	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		
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		

POISTENIE LIEČEBNÝCH NÁKLADOV

O aké ochorenie alebo úraz išlo? Uveďte diagnózu (ak ju poznáte):
Uveďte 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
Meno, adresa a telefón vášho praktického lekára v SR:
Meno, adresa a telefón príslušného špecialistu v SR (kardiológ, ortopéd, internista, gynekológ a pod.):

VÝŠKU VZNIKNUTEJ ŠKODY PREUKAZUJEM TÝMITO ORIGINÁLMI DOKLADOV

Nižšie, prosíme, uveďte sumy, ktoré žiadate preplatiť	Poistenému	Lekárovi, nemocnici, dopravcovi
Ambulantné ošetrovanie		
Hospitalizácia		
Lieky		
Doprava		
Ostatné		
CELKOVO		

POISTENIE BATOŽINY

O aký typ škody ide:	<input type="checkbox"/> poškodenie	<input type="checkbox"/> zničenie	<input type="checkbox"/> odcudzenie
Uveďte podrobný popis, za akých okolností došlo ku škode, a uveďte zoznam poškodených, zničených, resp. odcudzených vecí, ich dátum nadobudnutia a obstarávaciu cenu			

POISTENIE ZODPOVEDNOSTI ZA SPÔSOBENÚ ŠKODU

Informácie o poškodenej osobe:

Priezvisko:		Meno:
Titul:	Dátum narodenia / IČO pri právnických osobách	Názov spoločnosti pri právnických osobách
Adresa trvalého bydliska / Sídlo spoločnosti:		PSČ:
Telefón:	E-mail:	

O aký typ škody ide:	<input type="checkbox"/> na zdraví	<input type="checkbox"/> na majetku
Uveďte podrobný popis, za akých okolností ku škode došlo:		
Ste s poškodeným v príbuzenskom vzťahu?	<input type="checkbox"/> Áno	<input type="checkbox"/> Nie
Žijete s poškodeným v spoločnej domácnosti?	<input type="checkbox"/> Áno	<input type="checkbox"/> Nie

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

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 nahlásení 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 oprávneného zástupcu	

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.