



OZNÁMENIE ŠKODOVEJ UDALOSTI PRE ZDRAVOTNÉ POISTENIE

- I. Denné dávky počas hospitalizácie II. Chirurgický zákrok, jednodňová chirurgia, plastická operácia
 III. Doplatok za lieky IV. Doplatok za optické a zdravotnícke pomôcky
 V. Pôrodnický paušál

Číslo poistnej zmluvy:	
Poistený	priezvisko, meno, titul:

	rodné číslo: tel. číslo: e-mail:

	adresa: PSČ:

I. Poistenie denných dávok počas hospitalizácie

Choroba / úraz

Kedy ste v súvislosti s terajším ochorením/úrazom/navštívili prvýkrát lekára?
Aká bola diagnóza?
Adresa a meno lekára, ktorý diagnózu stanovil:
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia, v ktorom ste boli/a hospitalizovaný/á:
Dĺžka trvania hospitalizácie (od/do):
Liečili ste sa kvôli uvedenému ochoreniu v minulosti, prípadne boli poranené časti tela poškodené pred úrazom? Ak áno, uveďte kedy a kde:
Ak bol dôvodom hospitalizácie úraz, uveďte, pri akej činnosti k nemu došlo a súvislý dej úrazu:
Ak sa Vám stal úraz pri športovej činnosti, uveďte presný druh športu:

Tehotenstvo / pôrod

Ak boli dôvodom hospitalizácie komplikácie v tehotenstve/pôrod, uveďte: Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia, v ktorom ste bola hospitalizovaná:
Dĺžka trvania hospitalizácie (od/do):
Ak boli dôvodom hospitalizácie komplikácie v tehotenstve, uveďte, aká bola diagnóza:
Kedy ste navštívili prvýkrát lekára v súvislosti s komplikáciami v tehotenstve?

II. Poistenie chirurgického zákroku, jednodňovej chirurgie, plastickej operácie

Ak Vám bol vykonaný chirurgický zákrok, uveďte: Dátum chirurgického zákroku: Druh chirurgického zákroku:
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia v ktorom Vám bol chirurgický zákrok vykonaný:
Bola počas chirurgického zákroku nutná hospitalizácia? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Ak áno, uveďte dátum začiatku a ukončenia hospitalizácie:
Ak Vám bola vykonaná plastická operácia, uveďte: Suma za zákrok: Dátum: Druh zákroku:
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia v ktorom Vám bola plastická operácia vykonaná:
Bola počas plastickej operácie nutná hospitalizácia? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Ak áno, uveďte dátum začiatku a ukončenia hospitalizácie:

III. Poistenie doplatku za lieky v dôsledku hospitalizácie

Dátum začiatku a ukončenia hospitalizácie v dôsledku ktorej Vám boli následne predpísané lieky:	
Vynaložená suma doplatku za lieky:	Za obdobie (rok):
Diagnóza/zy v dôsledku ktorej/ých Vám boli predpísané lieky:	

IV. Poistenie doplatku za zdravotnícke a optické pomôcky

Dátum poskytnutia zdravotnej starostlivosti:	
Uvedte presný druh zdravotnej starostlivosti, ktorá Vám bola poskytnutá:	
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia, ktoré Vám poskytlo zdravotnú starostlivosť:	
Vynaložená suma doplatku za zdravotnícke/optické pomôcky:	Za obdobie (rok):

V. Poistenie pôrodnického paušálu

Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia, v ktorom ste boli hospitalizovaná:
Dĺžka trvania hospitalizácie (od/do):

Vyhlasenie poisteného:

Vyhlasujem, že som na všetky otázky zodpovedal pravdivo a úplne a som si vedomý dôsledkov vyplývajúcich z nesprávnych odpovedí na povinnosť poisťovne plniť. Súhlasím s tým, aby si UNIQA poisťovňa, a. s. vyžiadala všetku potrebnú zdravotnú dokumentáciu o mojom liečení a zdravotnom stave. 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.

Poistné plnenie poukážte na: Adresa: PSČ:
IBAN je štandardný medzinárodný formát čísla účtu
Č. účtu v IBAN:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

V dňa: Podpis poisteného:

Pokyny pre poisteného

- Vyznačte krížikom v príslušnom rámečku typ poistenia a vyplňte prosím prislúchajúcu hrubo orámovanú časť formulára.
- Priložte uvedené doklady podľa druhu poistenia.

Denné dávky počas hospitalizácie
prepúšťacia správa z nemocnice (kópia)

Chirurgický zákrok, jednoduchá chirurgia, plastická operácia
prepúšťacia správa z nemocnice, pokiaľ bol poistený hospitalizovaný (kópia)
lekárska správa z chirurgického zákroku/plastickej operácie (kópia); potvrdenie o zaplatení poplatku za plastickú operáciu (originál)

Doplatok za lieky
lekársky predpis, resp. lek.správu potvrdzujúcu predpis liekov (kópia); potvrdenie o zaplatení doplatku za lieky (originál)

Doplatok za optické a zdravotnícke pomôcky
lekársky poukaz na vydanie optickej/zdravotnickej pomôcky (kópia); potvrdenie o zaplatení doplatku za optické/zdravotnícke pomôcky (originál)

Pôrodnický paušál
prepúšťacia správa z nemocnice (kópia)