



OZNÁMENIE ŠKODOVEJ UDALOSTI

z pripoistenia drobných úrazov
Kapitálové životné poistenie^{TB}



Poistná zmluva číslo:																													
Poistený:	Meno, priezvisko a titul:											Rodné číslo:																	
	Tel. číslo:											E-mail:																	
	Adresa domov:											PSČ:																	
	Adresa zamestnávateľa (vlast. firmy):											PSČ:																	
	Zamestnanie v čase úrazu:											Tel. číslo zamestnávateľa:																	
	Záujmová činnosť:																												
K úrazu došlo	dňa:					čas:					miesto:																		
Opíšte súvisle a podrobne činnosť, spôsob a okolnosti vzniku úrazu:																													
Poranené časti tela:										Boli poškodené pred úrazom?										<input type="checkbox"/> áno		<input type="checkbox"/> nie							
Kde Vám poskytli prvé ošetrenie:																													
Kde ste sa kvôli úrazu liečili:																													
Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia:										Tel. číslo:																			
Pobyt v nemocnici:										od:					do:														
Mená a adresa prípadných svedkov:																													
Prípud vyšetrolal:																													
Vyhlásenie: Súhlasím s tým, aby si UNIQA poisťovňa, a. s. vyžiadala potrebnú zdravotnú dokumentáciu o mojom liečení a zdravotnom stave od lekárov, ktorí ma ošetrujú, ošetrovali alebo vyšetrolovali. Prehlasujem, že na všetky otázky som odpovedal(a) pravdivo a úplne a som si vedomý(á) dôsledkov nesprávnych odpovedí na povinnosť poisťiteľa plniť. 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 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. 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.uniga.sk . Zároveň beriem na vedomie, že UNIQA poisťovňa, a.s. poskytuje všetky informácie týkajúce sa spracúvania osobných údajov na webovom sídle www.uniga.sk/osobneudaje . Poistné plnenie poukážete na: Číslo účtu v IBAN: <input type="text"/> <i>IBAN je štandardný medzinárodný formát čísla účtu</i>																													
Adresa:										PSČ:																			
V										dňa:										Podpis poisteného:									

UNIQA poisťovňa, a.s., Krasovského 15, 851 01 Bratislava, Slovenská republika

Tel.: (+421) 2 32 600 100, Web: www.uniga.sk, E-mail: poistovna@uniga.sk,

IČO: 00653501, DIČ: 2021096242, IČ DPH: SK7020000229, Obchodný register Okresného súdu Bratislava I, oddiel: Sa, vložka číslo: 843/B

SPRÁVA OŠETRUJÚCEHO LEKÁRA

Ošetrojúci lekár potvrdzuje, že ošetroval postihnutého, ktorý je uvedený na prvej strane tohto oznámenia.
Zo záznamov zdravotnej dokumentácie a ďalších údajov uvádza:

Kedy došlo (podľa zdravotnej dokumentácie) k prvému lekárskemu ošetrovaniu? Dňa: _____ hod. _____

Meno lekára: _____ adresa zdravotníckeho zariadenia: _____

Diagnóza vlastného zranenia:

Podrobný opis telesného poškodenia spôsobeného úrazom s určením jeho rozsahu:

Spôsob a druh ošetrovania (podrobne opíšte):

Rtg nález zo dňa: Opis rtg
nálezu:

Bol poranený úd alebo orgán už pred úrazom funkčne postihnutý?

Ako? _____ V akom rozsahu? _____

Bol poranený v súvislosti s úrazom hospitalizovaný?

Odkedy? Ako dlho? Uveďte adresu nemocničného zariadenia a meno ošetrojúceho lekára, tel. č.:

Došlo k úrazu následkom požitia alkoholu alebo návykových látok? Ak áno, tak do akej miery to malo vplyv na vznik úrazu?

Promile alkoholu:

Je poraneným dodržiavaný liečebný režim? Pokiaľ nie, tak ako bol porušený?

Ostatné zdravotné oznámenia ošetrojúceho lekára:

Zodpovedá ošetrované telesné poškodenie vrátane jeho rozsahu úrazovému deju, ako je uvedený na prednej strane tohto oznámenia?

Predpokladáte, že úraz zanechá
trvalé následky?

Pravdepodobne akého
druhu a rozsahu?

V dňa :
pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára

Adresa zdravotníckeho zariadenia, telefón:

Meno a priezvisko lekára, ktorý vyplnil toto oznámenie:

Číslo účtu v IBAN:

IBAN je štandardný medzinárodný formát čísla účtu

Pokyny pre poisteného:

1. Vyplňte, prosím, túto prednú stranu pravdivo a úplne.
2. Správu ošetrojúceho lekára na zadnej strane tohto tlačiva vyplní lekár, ktorý Vás liečil.
3. V prípade hospitalizácie priložte Prepúšťaciu správu z hospitalizácie – originál alebo overenú fotokópiu