OZNÁMENIE ŠKODOVEJ UDALOSTI

☐ z pripoistenia kritických chorôb

☐ z pripoistenia terminálneho štádia života

Kapitálové životné poistenie TB

Poistná zmluva číslo:			
Poistený	Priezvisko, meno, titul:		Rodné číslo:
	Adresa domov:		PSČ:
	Tel. číslo:	E-mail:	
	Zamestnanie:		

Kedy ste v súvislosti so súčasným ochorením navštívili prvý raz lekára:
Lekárom stanovená diagnóza:
Adresa a meno lekára, ktorý diagnózu stanovil:
Kde ste sa kvôli ochoreniu doteraz liečili a budete liečiť? Adresa: Telefón:
Adresa: Telefón:
Liečili ste sa kvôli uvedenému ochoreniu v minulosti? Ak áno, uveďte kedy a kde:

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 vyšetrovali. Prehlasujem, že na všetky otázky som odpovedal(a) pravdivo a úplne a som si vedomý(á) dôsledkov nesprávnych odpovedí na povinnosť poistiteľa 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 poistiteľa 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 poistiteľovi 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 poistiteľa pri nahlasovaní škodovej udalosti alebo som mal možnosť sa s ním oboznámiť na webovom sídle poistiteľa 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:

Č. účtu v IBAN: *IBAN je štandardný medzinárodný formát čísla účtu*

Adresa: ..... PSČ: .....

V …….. dňa: …….. Podpis poisteného: ……

Pokyny pre poisteného

1. Vyplňte prednú stranu tlačiva pravdivo a úplne.

2. Správu ošetrujúceho lekára vyplní lekár, ktorý Vás liečil.

Z/364/18

SPRÁVA OŠETRUJÚCEHO LEKÁRA

Ošetrujúci lekár potvrdzuje, že ošetruje pacienta, ktorý je uvedený na prvej strane tohto formulára. Zo záznamov zdravotnej dokumentácie a ďalších údajov uvádza:

Kedy došlo k prvému lekárskemu ošetreniu pre uvedenú chorobu. Aká bola stanovená prvotná diagnóza, uveďte slovne i označením podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb (MKN 10), ďalej uveďte prípadnú zmenu diagnózy v priebehu liečenia:

Kedy bola lekárskym vyšetrením (MRI, CT, SONO, lab. vyšetrenia) potvrdená diagnóza?

Popíšte, prosím, podrobne spôsob a druh liečenia (názvy a dávkovanie liekov, druh aplikácie liekov, druh podpornej liečby):

Bol pacient pre rovnaké ochorenie v minulosti už liečený? Kedy a kde sa liečil:

Je priebeh ochorenia, či liečenia komplikovaný? Druh komplikácie:

Aký je predpoklad progresu ochorenia? Aký je navrhovaný ďalší liečebný postup? Aký je aktuálny zdravotný stav?

Bol poistený v súvislosti so súčasným ochorením operovaný alebo hospitalizovaný? Odkedy? Ako dlho?
Uveďte adresu nemocničného zariadenia a meno ošetrujúceho lekára, telefón:

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

Je pacientom dodržiavaný liečebný režim? Pokiaľ nie, ako bol porušený?

Odkedy pretrvávajú príznaky ochorenia: neurologické a psychické výpadky, trvalé zlyhanie obličiek, ochrnutie a slepota, iné (uveďte aké)?:

Ostatné zdravotné oznámenia ošetrujúceho lekára:

Adresa zdravotníckeho zariadenia, telefón:

Meno a priezvisko lekára, ktorý vyplnil toto oznámenie:

Číslo účtu v IBAN: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

IBAN je štandardný medzinárodný formát čísla účtu

V ..... dňa: ....

Pečiatka a podpis ošetrujúceho lekára