



OZNÁMENIE ŠKODOVEJ UDALOSTI

z poistenia pre prípad úplnej invalidity
Poistenie spotrebiteľského úveru



Zmluva o poskytnutí spotrebiteľského úveru s poistením* (ďalej len „Zmluva“) č.																			
Poistený: Meno, priezvisko a titul:					E-mail:														
Rodné číslo:					Číslo telefónu:														
Adresa:										PSČ:									

*Táto Zmluva je zároveň poistnou zmluvou.

POPIS INVALIDITY A PRÍČINY VZNIKU INVALIDITY (potvrdený lekárom)

Dátum, priznania plného invalidného dôchodku:	
Diagnóza, pre ktorú bol klientovi priznaný plný invalidný dôchodok:	
Stanovené % poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť v porovnaní so zdravou fyzickou osobou, na základe ktorého bol priznaný plný invalidný dôchodok:	
Bolo ochorenie komplikáciou (následkom) inej choroby? Ak áno, uveďte jej dg.:	
Kedy bolo ochorenie prvý raz zistené?	
Kde a kým bol klient liečený (pred Vami, súčasne s Vami)?	
Ostatné zdravotné oznámenia ošetrojúceho lekára:	
V dňa: pečiatka a podpis lekára	
Adresa zdravotníckeho zariadenia, telefón:	
Meno a priezvisko lekára:	
Peňažný ústav:	Číslo účtu IBAN: <i>IBAN je štandardný medzinárodný formát čísla účtu</i>

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

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

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

Vyhlásenie:

Súhlasím s tým, aby si UNIQA poisťovňa, a. s. vyžiadala potrebnú zdravotnú dokumentáciu o mojom liečení a zdravotnom stave od lekárov, ktorí ma ošetrojú, ošetrovali alebo vyšetřovali. Prehlasujem, že mi bol priznaný úplný invalidný dôchodok a údaje uvedené v tomto tlačíve sú pravdivé.

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 zmlouvou 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 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. poskytuje všetky informácie týkajúce sa spracúvania osobných údajov na webovom sídle www.uniqa.sk/osobneudaje.

V dňa: Podpis poisteného:

Pokyny pre poisteného:

1. Vyplňte prosím hrubo orámované časti pravdivo a úplne.
2. Správu ošetrojúceho lekára v spodnej časti tohto tlačíva vyplní lekár, ktorý Vás liečil.
3. K tomuto vyplnenému tlačívu priložte rozhodnutie Sociálnej poisťovne o priznaní plného invalidného dôchodku a podrobné lekárske správy lekárov, ktorí Vás ošetrojú, ošetrovali alebo vyšetřovali o príčinách, začiatku, druhu, priebehu, predpokladanej dĺžke invalidity a jej stupni.
4. Ďalšie povinnosti poisteného počas trvania úplnej invalidity sú uvedené aj vo všeobecných poistných podmienkach a poistných podmienkach platných pre dané poistenie.