



OZNÁMENIE ŠKODOVEJ UDALOSTI

z poistenia kritických chorôb

z poistenia terminálneho štádia života

Poistná zmluva číslo:																						
Poistený	Priezvisko, meno, titul:												Rodné číslo:									
	Adresa domov:												PSC:									
	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:

Vyhlasenie:
 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 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 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 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 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.
 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: PSC:

V dňa: Podpis poisteného:

- Pokyny pre poisteného**
1. Vyplňte prednú stranu tlačiva pravdivo a úplne. Priložte histologický nález (ak je k dispozícii), prepúšťiaciu správu z hospitalizácie (ak došlo k hospitalizácii).
 2. Správu ošetrojúceho lekára vyplní lekár, ktorý Vás liečil.

Ž/400/20

