



Oznámení pojistné události Chirurgický zákrok

ČÍSLO POJISTNÉ SMLOUVY/
NÁVRHU POJISTNÉ SMLOUVY

Vyplněný formulář nám zašlete poštou na kontaktní adresu Úzká 488/8, Brno, 602 00, případně na adresu sídla společnosti. Prosíme, zvolte vždy jen jednu variantu zaslání. **K formuláři přiložte kopie všech lékařských zpráv z průběhu léčení, kopii Operačního protokolu, propouštěcí zprávy, případně kopii zprávy z vyšetřování policie, pokud je pojistnou událostí úraz, který je vyšetřován policií.** Případné náklady na vystavení všech požadovaných dokumentů nese pojištěný.

A. Z DŮVODU ÚRAZU B. Z DŮVODU NEMOCI

Pojištěný (osoba, které byl proveden chirurgický zákrok)

PŘÍJMENÍ, JMÉNO, TITUL

RODNÉ PŘÍJMENÍ

RODNÉ ČÍSLO

ADRESA TRVALÉHO POBYTU
(ULICE, ČÍSLO, MĚSTO/OBEC)

PSČ

DOKLAD TOTOŽNOSTI OP/ID PAS RODNÝ LIST¹⁾

ČÍSLO DOKLADU
TOTOŽNOSTI

STÁTNÍ
PŘÍSLUŠNOST

DOKLAD
TOTOŽNOSTI VYDAL

DATUM VYDÁNÍ

PLATNOST
DO

TELEFON

Údaje o chirurgickém zákroku

DATUM PROVEDENÍ
CHIRURGICKÉHO ZÁKROKU

DIAGNÓZA ONEMOCNĚNÍ/ÚRAZU, V JEHOŽ DŮSLEDKU BYL PROVEDEN CHIRURGICKÝ ZÁKROK

DRUH PROVEDENÉHO CHIRURGICKÉHO ZÁKROKU

PŘÍJMENÍ, JMÉNO LÉKAŘE A ADRESA ZAŘÍZENÍ, KDE BYL CHIRURGICKÝ ZÁKROK PROVEDEN

TELEFON

PŘÍJMENÍ, JMÉNO LÉKAŘE A ADRESA ZAŘÍZENÍ, KDE JE ULOŽENA
KOMPLETNÍ ZDRAVOTNÍ DOKUMENTACE O CHIRURGICKÉM ZÁKROKU

TELEFON

UNIQA linka: +420 488 125 125, e-mail: info@uniqa.cz, www.uniqa.cz
Kontaktní adresa: UNIQA pojišťovna, a.s., Úzká 488/8, 602 00 Brno, Česká republika
UNIQA pojišťovna, a.s., se sídlem Evropská 810/136, 160 00 Praha 6, Česká republika, IČO: 492 40 480,
společnost je zapsána v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl B, vložka 2012



LOS

A. Úraz

DATUM ÚRAZU .. ČAS ÚRAZU : MÍSTO ÚRAZU

PŘÍČINA ÚRAZU

POPIS OKOLNOSTÍ, ZA NICHŽ DOŠLO K ÚRAZU

POPIS PORANĚNÍ

BYLA UDÁLOST VYŠETŘOVÁNA ORGÁNY POLICIE APOD.? ANO NE

NÁZEV A ADRESA VYŠETŘUJÍCÍHO ORGÁNU

B. Nemoc

O JAKÉ ONEMOCNĚNÍ JDE?

PŘÍJMENÍ, JMÉNO LÉKAŘE A ADRESA ZAŘÍZENÍ, KDE JSTE SE LÉČIL(A)

LÉČBA PROBÍHALA V DOBĚ OD .. DO ..

Doplňující informace

JSTE KUŘÁK? ANO NE

POČET KUSŮ CIGARET DENNĚ

ABSOLVUJETE PRAVIDELNĚ PREVENTIVNÍ
PROHLÍDKY U PRAKTICKÉHO LÉKAŘE?

ANO NE

DATUM POSLEDNÍ PROHLÍDKY ..

Výplata pojistného plnění (vyplňte v případě, že žádáte o výplatu plnění na bankovní účet)

BANKOVNÍ ÚČET ČÍSLO -/

Pokud nemáte bankovní účet, pojistné plnění Vám bude zasláno poštovní poukázkou na výše uvedenou adresu trvalého pobytu.

Identifikace a prohlášení zástupce pojištěného (nevyplňuje se, pokud pojistnou událost oznamuje sám pojištěný)

PŘÍJMENÍ, JMÉNO, TITUL MUŽ ŽENA

ADRESA TRVALÉHO POBYTU
 (ULICE, ČÍSLO, MĚSTO/OBEC) PSČ

DATUM NAROZENÍ RODNÉ ČÍSLO / STÁTNÍ PŘÍSLUŠNOST

MÍSTO NAROZENÍ

DOKLAD TOTOŽNOSTI OP/ID PAS ČÍSLO DOKLADU TOTOŽNOSTI

DOKLAD TOTOŽNOSTI VYDAL DATUM VYDÁNÍ PLATNOST DO

VZTAH K POJIŠTĚNÉMU

DOKLAD O OPRÁVNĚNÍ ZASTUPOVAT/JEDNAT²⁾

DRUH DOKLADU ČÍSLO DOKLADU

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE PROHLAŠUJE, ŽE JE NA JEHO MAJETEK PROHLÁŠEN KONKURS ANO NE **ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE PROHLAŠUJE, ŽE INSOLVENČNÍ ŘÍZENÍ VEDENÉ PROTI NĚMU BYLO ZASTAVENO PRO NEDOSTATEK MAJETKU** ANO NE

Pokud nezletilého pojištěného zastupuje zákonný zástupce, tento čestně prohlašuje, že je způsobilý k právním jednáním v plném rozsahu, nebyl zbaven rodičovské odpovědnosti a je oprávněn zastupovat a spravovat věci nezletilého pojištěného (uvedeného výše) a je si vědom(a) důsledků, pokud by v prohlášení uvedl(a) nepravdivé údaje. V případě, že se toto prohlášení ukáže nepravdivým, prohlašuje tato osoba, že uhradí UNIQA pojišťovně, a.s. veškerou újmu, která jí vznikne výplatou pojistného plnění na základě takto nepravdivého prohlášení. Zástupce pojištěného uděluje pojistiteli UNIQA pojišťovna, a.s. souhlas s tím, aby jeho výše uvedené údaje zpracovával v rámci své činnosti v pojišťovnictví po dobu nezbytnou pro zajištění výkonu práv a plnění povinností vyplývajících z pojistné smlouvy a poskytoval tyto údaje do jiných států (členských zemí Evropské Unie i třetích států), pokud to bude nezbytné pro zajištění výkonu práv a plnění povinností z pojistné smlouvy. Poskytnutí osobních údajů je dobrovolné, je však nezbytnou podmínkou šetření pojistné události.

Podpisy, přílohy a prohlášení

Pojištěný/zástupce pojištěného potvrzuje pravdivost, úplnost a platnost všech údajů a odpovědí uvedených na všech stranách tohoto formuláře a rovněž prohlašuje, že na všechny dotazy odpověděl(a) pravdivě a je si vědom(a) důsledků nepravdivých a nesprávných údajů a odpovědí na přiznání pojistné plnění. **Pojištěný/zástupce pojištěného souhlasí, aby si UNIQA pojišťovna, a.s. vyžádala veškerou potřebnou dokumentaci od příslušných zdravotnických zařízení, zdravotních pojišťoven, státních orgánů apod.**

Pojištěný jednajícím přímo či prostřednictvím svého zástupce zmocňuje pojistitele, aby z důvodu zjištění jeho zdravotního stavu, případně i zjištění příčin jeho smrti, v souvislosti s výkonem práv a plněním povinností pojistitele plynoucích z pojistné smlouvy, činil dotazy, a to i po smrti pojištěného, ohledně jeho zdravotního stavu u příslušných lékařů (zdravotnických zařízení) či zdravotních pojišťoven a žádal tyto lékaře (zdravotnická zařízení) či zdravotní pojišťovny o poskytnutí zpráv, porízení výpisů nebo opisů ze zdravotnické dokumentace či jiné dokumentace vedené o osobě pojištěného, popř. z jiných zápisů, které se vztahují k jeho zdravotnímu stavu, popř. tyto výpisy a opisy pořizoval sám. Zároveň v souladu s § 51 odst. (2) písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (dále jen „zákon o zdravotních službách“), v platném znění, pojištěný opravňuje příslušného lékaře (zdravotnické zařízení), aby pojistiteli na jeho žádost v rozsahu výše uvedeného zmocnění poskytl požadované informace tak, jak je povinen je poskytovat pacientovi podle § 65 odst. (1) citovaného zákona o zdravotních službách.

¹⁾ V případě rodného listu se pole „Číslo dokladu totožnosti“, „Datum vydání“, „Platnost do“ a „Doklad totožnosti vydal“ nevyplňují. Rodný list může nahradit doklad totožnosti pouze v případě, že je pojištěný nezletilý.

²⁾ V případě, že jde o rodiče nezletilého pojištěného, není třeba vyplnit. Druh dokladu o oprávnění zastupovat/jednat může být např. soudní rozhodnutí o osvojení nezletilého, usnesení o ustanovení opatrovníka / plná moc s úředně ověřeným podpisem zmocnitele.

Pojištěný jednající přímo či prostřednictvím svého zástupce bere na vědomí, že pojistitel dle zákona č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů, zpracovává jeho osobní údaje a údaje o jeho zdravotním stavu. Pojištěný souhlasí s tím, aby pojistitel takové osobní údaje a údaje o zdravotním stavu zpracovával v rámci své činnosti v pojišťovnictví po dobu nezbytnou pro zajištění výkonu práv a plnění povinností vyplývajících z pojistné smlouvy a poskytoval tyto údaje do jiných států (členských zemí Evropské Unie i třetích států), pokud to bude nezbytné pro zajištění výkonu práv a plnění povinností z pojistné smlouvy. Poskytnutí osobních údajů je dobrovolné, je však nezbytnou podmínkou šetření pojistné události. Pojištěný/zástupce pojištěného má ve smyslu zákona o zpracování osobních údajů právo přístupu k osobním údajům, právo na jejich opravu, jakož i právo na vysvětlení ohledně jejich zpracování a odstranění případného závadného stavu, pokud se domnívá, že jejich zpracování je prováděno v rozporu se zákonem a rovněž právo obrátit se na Úřad pro ochranu osobních údajů, pokud nebude jeho žádosti vyhověno.

Ověření totožnosti (včetně ověření shody podoby pojištěného/zástupce pojištěného s vyobrazením v průkazu totožnosti) provedl níže podepsaný zástupce pojistitele. Ověření totožnosti a podpis zástupce pojistitele nejsou nutné, pokud identifikace a ověření identifikace pojištěného/zástupce pojištěného již byly provedeny při jiném úkonu.

DATUM PODPISU

MÍSTO PODPISU

POČET
PŘÍLOH

PODPIS POJIŠTĚNÉHO/ZÁSTUPCE
POJIŠTĚNÉHO

PODPIS ZÁSTUPCE POJISTITELE (NA ZÁKLADĚ PLNÉ MOCI)

ZA POJIŠTĚNÉHO PODEPISUJE (VYPLŇTE ČÁST IDENTIFIKACE A PROHLÁŠENÍ ZÁSTUPCE POJIŠTĚNÉHO)

- ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE (PŘILOŽTE RODNÝ LIST, POKUD JSTE HO DOPOSUD POJISTITELI NEPOSKYTLI)
- ZMOCNĚNÝ ZÁSTUPCE (PŘILOŽTE PLNOU MOC)
- OPATROVNÍK (PŘILOŽTE ROZHODNUTÍ SOUDU)

Zpráva lékaře

Chirurgický zákrok

ČÍSLO POJISTNÉ SMLOUVY/
NÁVRHU POJISTNÉ SMLOUVY

VYPLNÍ OŠETŘUJÍCÍ LÉKAŘ

Náklady na vyplnění této Zprávy hradí pojištěný.

Pojištěný (osoba, které byl proveden chirurgický zákrok)

PŘÍJMENÍ, JMÉNO, TITUL

RODNÉ ČÍSLO

Údaje o chirurgickém zákroku

DATUM PROVEDENÍ

CHIRURGICKÉHO ZÁKROKU

ZÁKROK PROVEDENÝ

VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ

DRUH PROVEDENÉHO CHIRURGICKÉHO ZÁKROKU

A. Úraz, v jehož důsledku byl proveden chirurgický zákrok

DATUM ÚRAZU

MÍSTO ÚRAZU

DIAGNÓZA
- KÓD

PŘÍJMENÍ, JMÉNO LÉKAŘE A ADRESA ZAŘÍZENÍ, KDE BYLO POSKYTNUTO PRVNÍ OŠETŘENÍ

DATUM ÚRAZU

ČAS ÚRAZU

DIAGNÓZA – **PODROBNÝ POPIS VŠECH TĚLESNÝCH POŠKOZENÍ ZPŮSOBENÝCH ÚRAZEM**

BYL PORANĚNÝ ORGÁN FUNKČNĚ POŠKOZEN JIŽ PŘED ÚRAZEM? ANO NE V JAKÉM ROZSAHU?

DATUM RTG

POPIS RTG

PRŮBĚH A ZPŮSOB LÉČENÍ – **PODROBNĚ POPIŠTE**

DOŠLO K ÚRAZU POD VLIVEM ALKOHOLU
NEBO OMAMNÝCH LÁTEK?

ANO NE DRUH OMAMNÉ LÁTKY

%o ALKOHOLU
V KRVI

BYLO PŘÍČINNOU ÚRAZU
ÚMYSLNÉ SEBEPOŠKOZENÍ?

ANO NE LÉČBA PROBÍHALA V ČASE

OD

BYL CHIRURGICKÝ ZÁKROK PROVEDEN
Z ESTETICKÝCH DŮVODŮ?

ANO NE

DO

BYLA PORANĚNÁ ČÁST TĚLA FUNKČNĚ
POSTIŽENA JIŽ PŘED ÚRAZEM?

ANO NE POKUD ANO, V JAKÉM ROZSAHU?

VROZENÉ VADY A OBTÍŽE

B. Nemoc, v důsledku které byl proveden chirurgický zákrok

DATUM DIAGNOSTIKOVÁNÍ NEMOCI DIAGNÓZA _____

DIAGNÓZA - KÓD _____

HOSPITALIZACE ZA ÚČELEM CHIRURGICKÉHO ZÁKROKU OD DO

Předchozí onemocnění, které souvisí s diagnostikovaným onemocněním, v jehož důsledku byl proveden chirurgický zákrok:

PŘEDCHOZÍ ONEMOCNĚNÍ	ZAČÁTEK	PŘÍČINA	DIAGNÓZA	VYLÉČENO
_____	<input type="text" value="."/> <input type="text" value="."/> <input type="text" value="."/> <input type="text" value="."/> <input type="text" value="."/> <input type="text" value="."/> <input type="text" value="."/> <input type="text" value="."/> <input type="text" value="."/> <input type="text" value="."/>	_____	_____	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
_____	<input type="text" value="."/> <input type="text" value="."/> <input type="text" value="."/> <input type="text" value="."/> <input type="text" value="."/> <input type="text" value="."/> <input type="text" value="."/> <input type="text" value="."/> <input type="text" value="."/> <input type="text" value="."/>	_____	_____	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
_____	<input type="text" value="."/> <input type="text" value="."/> <input type="text" value="."/> <input type="text" value="."/> <input type="text" value="."/> <input type="text" value="."/> <input type="text" value="."/> <input type="text" value="."/> <input type="text" value="."/> <input type="text" value="."/>	_____	_____	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE

VROZENÉ VADY A OBTÍŽE _____

V případě, že Vám nestačí formulář, přiložte podepsanou přílohu a uveďte číslo pojistné smlouvy.

Podpisy, přílohy a prohlášení

Potvrzuji, že údaje v této Zprávě lékaře se týkají osoby pojištěného uvedené na první straně formuláře jako „pojištěný“, a že jsem tuto zprávu vypracoval(a) na základě zdravotní dokumentace vystavené zdravotnickým zařízením uvedeným na první straně tohoto formuláře.

DATUM PODPISU MÍSTO PODPISU _____

TELEFON LÉKAŘE POČET PŘÍLOH _____

JMÉNO A ADRESA LÉKAŘE / ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ
--

RAZÍTKO A PODPIS LÉKAŘE
--