



## Oznámení pojistné události

# Invalidita

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 kopii lékařské zprávy (zprávy posudkového lékaře o přiznání invalidity/lékařský posudek o invaliditě) a kopii pravomocného rozhodnutí České správy sociálního zabezpečení o přiznání invalidity/invalidního důchodu.** Až do přiznání nároku na zproštění od placení běžného pojistného pojistitelem je pojistník povinen pojistné platit.

PŘIZNÁNÍ INVALIDITY  A. Z DŮVODU ÚRAZU  B. Z DŮVODU NEMOCI

### Pojištěný (osoba, které byla přiznána invalidita)

PŘÍJMENÍ, JMÉNO, TITUL

RODNÉ PŘÍJMENÍ

RODNÉ ČÍSLO

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

PSČ

DOKLAD TOTOŽNOSTI  OP/ID  PAS  RODNÝ LIST<sup>1)</sup>ČÍSLO DOKLADU  
TOTOŽNOSTISTÁTNÍ  
PŘÍSLUŠNOSTDOKLAD  
TOTOŽNOSTI VYDAL

DATUM VYDÁNÍ

PLATNOST  
DO

TELEFON

### A. Úraz

DATUM ÚRAZU

ČAS ÚRAZU

MÍSTO ÚRAZU

PŘÍČINA ÚRAZU

POPIS OKOLNOSTÍ, ZA NICHŽ DOŠLO K ÚRAZU

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



\*LOP\*

## 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  NEABSOLVUJETE PRAVIDELNĚ PREVENTIVNÍ  
PROHLÍDKY U PRAKTICKÉHO LÉKAŘE?

POČET KUSŮ CIGARET DENNĚ

 ANO  NEDATUM 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  ŽENAADRESA TRVALÉHO POBYTU  
(ULICE, ČÍSLO, MĚSTO/OBEC)PSČ DATUM NAROZENÍ RODNÉ ČÍSLO  / 

STÁTNÍ PŘÍSLUŠNOST

MÍSTO NAROZENÍ

DOKLAD TOTOŽNOSTI  OP/ID  PAS ČÍSLO DOKLADU TOTOŽNOSTIDOKLAD  
TOTOŽNOSTI VYDALDATUM  
VYDÁNÍ PLATNOST  
DO 

VZTAH K POJIŠTĚNÉMU

DOKLAD O OPRÁVNĚNÍ ZASTUPOVAT/JEDNAT<sup>2)</sup>

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

<sup>1)</sup> 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.

<sup>2)</sup> 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.

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 pojistného 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 jednající 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, pořizování 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.

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 Invalidita

ČÍSLO POJISTNÉ SMLOUVY/  
NÁVRHU POJISTNÉ SMLOUVY

## VYPLNÍ LÉKAŘ, KTERÝ PŘIPRAVIL PODKLADY PRO PŘIZNÁNÍ INVALIDNÍHO DŮCHODU

Náklady na vyplnění této Zprávy budou uhrazeny pojistitelem do výše 150 Kč v případě uznání nároku na pojistné plnění. Za vyplnění této zprávy uhradíte lékaři jím požadovanou částku a originál dokladu o zaplacení předložíte pojistiteli.

## Pojištěný (osoba, které byla přiznána invalidita)

PŘÍJMENÍ, JMÉNO, TITUL

RODNÉ ČÍSLO

## A. Úraz, v jehož důsledku byla přiznána invalidita

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

NESCHOPEN PRÁCE OD  DO

HOSPITALIZACE OD  DO

PRŮBĚH A ZPŮSOB LÉČENÍ – PODROBNĚ POPIŠTE

