



## Oznámení pojistné události Závažné onemocnění

ČÍSLO POJISTNÉ SMLOUVY/  
NÁVRHU POJISTNÉ SMLOUVY

Vyplněný formulář s úředně ověřeným podpisem 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 výsledky odborných vyšetření, kopie všech lékařských zpráv a nálezů z průběhu léčení (od vzniku onemocnění včetně probíhající léčby) podle druhu onemocnění (např. histologie, CT, MRI, EKG, aktuální odborný lékařský nález) a kopii propouštěcí zprávy (v případě hospitalizace). Formulář zašlete po uplynutí lhůty 30 kalendářních dní od stanovení diagnózy nebo 30 kalendářních dní po uskutečnění operace.**

### Pojištěný (osoba, která závažně onemocněla)

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  
TOTOŽNOSTI

STÁTNÍ  
PŘÍSLUŠNOST

DOKLAD  
TOTOŽNOSTI VYDAL

DATUM VYDÁNÍ

PLATNOST  
DO

TELEFON

### Údaje o závažném onemocnění a zdravotním stavu pojištěného

TRPĚL(A) JSTE PŘED VZNIKEM ZÁVAŽNÉHO ONEMOCNĚNÍ ZDRAVOTNÍMI POTÍŽEMI?  ANO  NE

POKUD ANO, UVEĎTE JAKÝMI ZDRAVOTNÍMI POTÍŽEMI JSTE TRPĚL(A) A KDY

OD

DO

<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.

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



\*LOZ\*

KDY NASTALY PRVNÍ PŘÍZNAKY ZÁVAŽNÉHO ONEMOCNĚNÍ?

NÁZEV (DIAGNÓZA) ZÁVAŽNÉHO ONEMOCNĚNÍ

DATUM, KDY VÁM BYLO ZÁVAŽNÉ ONEMOCNĚNÍ DIAGNOSTIKOVÁNO

Uveďte názvy a adresy odborných lékařů a odborných zdravotnických zařízení, ve kterých jste byl(a) vyšetřen(a) a léčen(a), dobu léčení od - do a způsob léčby. Pokud pro požadované údaje nebude stačit místo v předtištěných kolonkách, uveďte je v samostatné příloze.

PŘÍJMENÍ, JMÉNO LÉKAŘE

ADRESA LÉKAŘE/ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ

DOBA LÉČBY OD  DO  ZPŮSOB LÉČBY

PŘÍJMENÍ, JMÉNO LÉKAŘE

ADRESA LÉKAŘE/ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ

DOBA LÉČBY OD  DO  ZPŮSOB LÉČBY

PŘÍJMENÍ, JMÉNO LÉKAŘE

ADRESA LÉKAŘE/ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ

DOBA LÉČBY OD  DO  ZPŮSOB LÉČBY

## Doplňující informace

JSTE KUŘÁK?  ANO  NE

ABSOLVUJETE PRAVIDELNĚ PREVENTIVNÍ PROHLÍDKY U PRAKTICKÉHO LÉKAŘE?

POČET KUSŮ CIGARET DENNĚ

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 (nevypĺňuje 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/JEDNAT<sup>2)</sup> DRUH DOKLADU  ČÍSLO DOKLADU

<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.

**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 pojištění 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 pojištění 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, pořízení 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 Závažné onemocnění

ČÍSLO POJISTNÉ SMLOUVY/  
NÁVRHU POJISTNÉ SMLOUVY

--

## VYPLNÍ OŠETŘUJÍCÍ LÉKAŘ

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 se týká závažné onemocnění)

PŘÍJMENÍ, JMÉNO, TITUL

RODNÉ ČÍSLO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## Zpráva odborného/ošetřujícího lékaře

NÁZEV (DIAGNÓZA) ZÁVAŽNÉHO ONEMOCNĚNÍ, KTERÉ BYLO POJIŠTĚNÉMU/PACIENTOVI DIAGNOSTIKOVÁNO A KDY,  
RESP. JAKÝ TYP VÝKONU BYL VYKONÁN, KDY?


NA ZÁKLADĚ JAKÝCH PŘÍZNAKŮ, VYŠETŘENÍ A NÁLEZŮ (VIZ VÝŠE)?


VE KTERÉM ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ? (UVEĎTE, PROSÍM, CELÝ NÁZEV A ADRESU, PODLE MOŽNOSTI I JMÉNO PŘÍSLUŠNÉHO LÉKAŘE)


KDY BYL ZPOZOROVÁN NEBO ZJIŠTĚN  
PRVNÍ PŘÍZNAK ZÁVAŽNÉHO ONEMOCNĚNÍ, KTERÝ BYL V PŘÍČINNÉ SOUVISLOSTI S TÍMTO ONEMOCNĚNÍM?

DATUM

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

VE KTERÉM ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ? (UVEĎTE, PROSÍM, CELÝ NÁZEV A ADRESU, PODLE MOŽNOSTI I JMÉNO PŘÍSLUŠNÉHO LÉKAŘE)


BYL POJIŠTĚNÝ/PACIENT INFORMOVÁN O UVEDENÉM ZÁVAŽNÉM ONEMOCNĚNÍ?  ANO  NE POKUD ANO,  
UVEĎTE KDY

DATUM

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SOUČASNÝ STAV POJIŠTĚNÉHO/PACIENTA A ZPŮSOB TERAPIE


JINÉ OZNÁMENÍ OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE

---

---

---

NÁZEV ODDĚLENÍ

ČÍSLO ODDĚLENÍ

TELEFON

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 druhé straně tohoto formuláře.

DATUM PODPISU

MÍSTO PODPISU

---

TELEFON LÉKAŘE

POČET PŘÍLOH

---

JMÉNO A ADRESA LÉKAŘE/ZDRAVOTNICKÉHO  
ZAŘÍZENÍ

RAZÍTKO A PODPIS LÉKAŘE