

Pokyny pro uplatnění nároku na pojistné plnění v případě velmi závažného onemocnění

1. Vyplňte tento tiskopis ve všech bodech a list Zpráva lékaře k vyplnění ošetřujícím lékařem.
2. K vyplněnému „Oznámení o škodě“ přiložte kopii hospitalizační zprávy a kopii lékařské zprávy o průběhu léčení.
3. Vyšše uvedené podklady zašlete na adresu: UNIQA pojišťovna, a.s., odbor likvidace z pojištění osob, Evropská 810/136, 160 00 Praha 6.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Číslo pojistné smlouvy (smluv)	Číslo škody, bylo-li již přiděleno

Pojištěný

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Příjmení	Jméno	Titul
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresa v ČR	Obec	PSČ
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
žena muž Datum narození (den, měsíc, rok)	Rodné číslo	Stát narození
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	ČR jiné
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Státní občanství
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon / Mobil	E-mail	Místo narození
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Prohlašuji, že JSEM / NEJSEM politicky exponovanou osobou* ve smyslu ustanovení § 4 odst. 5 zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu.

Zákonný zástupce pojištěného (vyplňte pouze, je-li pojištěná osoba nezletilá)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Příjmení	Jméno	Titul
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresa v ČR	Obec	PSČ
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
žena muž Datum narození (den, měsíc, rok)	Rodné číslo	Stát narození
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	ČR jiné
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Státní občanství
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon / Mobil	E-mail	Místo narození
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Prohlašuji, že JSEM / NEJSEM politicky exponovanou osobou* ve smyslu ustanovení § 4 odst. 5 zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu.

Všeobecné údaje

Uvedte prosím datum prvních příznaků závažného onemocnění	<input type="text"/>												
Uvedte prosím datum, ke kterému byla stanovena diagnóza	<input type="text"/>												
Název nemoci (diagnóza)	<input type="text"/>												
Kde Vám byla stanovena diagnóza?	<table border="1"> <tr> <td>Název a adresa zdrav. zařízení</td> <td>Příjmení a jméno lékaře</td> <td>Telefon</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	Název a adresa zdrav. zařízení	Příjmení a jméno lékaře	Telefon	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
Název a adresa zdrav. zařízení	Příjmení a jméno lékaře	Telefon											
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>											
Kdy, kde a jak jste se bezprostředně po zjištění nemoci případně ještě následně léčil?	<table border="1"> <tr> <td>Název a adresa zdrav. zařízení</td> <td>Příjmení a jméno lékaře</td> <td>Telefon</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	Název a adresa zdrav. zařízení	Příjmení a jméno lékaře	Telefon	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
Název a adresa zdrav. zařízení	Příjmení a jméno lékaře	Telefon											
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>											
Kde je v současné době vedena (uložena) zdravotnická dokumentace týkající se Vašeho závažného onemocnění?	<table border="1"> <tr> <td>Název a adresa zdrav. zařízení</td> <td>Příjmení a jméno lékaře</td> <td>Telefon</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	Název a adresa zdrav. zařízení	Příjmení a jméno lékaře	Telefon	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
Název a adresa zdrav. zařízení	Příjmení a jméno lékaře	Telefon											
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>											
Pojistné plnění poukážete na	<table border="1"> <tr> <td>kód banky</td> <td>č. účtu</td> <td>Požadovaný var. symbol</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Jméno vlastníka účtu</td> <td colspan="2"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>nebo na</td> <td colspan="2">adresu <input type="text"/></td> </tr> </table>	kód banky	č. účtu	Požadovaný var. symbol	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Jméno vlastníka účtu	<input type="text"/>		nebo na	adresu <input type="text"/>	
kód banky	č. účtu	Požadovaný var. symbol											
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>											
Jméno vlastníka účtu	<input type="text"/>												
nebo na	adresu <input type="text"/>												

Prohlášení pojištěného / zákonného zástupce pojištěného:

Prohlašuji, že jsem veškeré údaje na tomto Oznámení o škodě uvedl(a) pravdivě a úplně, že jsem k výše uvedenému pojistné události vyplnil(a) pro pojistitele pouze toto Oznámení o škodě a že si jsem vědom(a) důsledků nesprávných či neúplných odpovědí na povinnosti pojistitele plnit. Dále tímto zmocňuji pojistitele k získání informací uvedených ve zdravotnické dokumentaci vedené o mé osobě, které jsou potřebné k posouzení mých nároků na pojistné plnění. Rovněž souhlasím, aby si pojistitel vyžádal veškerou potřebnou zdravotní dokumentaci o mém léčení a zdravotním stavu pro potřeby šetření pojistných událostí, příp. podklady od policie, správních orgánů či jiných pojišťoven. Tímto zprůšťuji od povinnosti zachovávat mlčenlivost lékaře, zdravotnická zařízení a zařízení poskytující zdravotní péči, které pojistitel požádá o uvedené informace. Beru na vědomí, že UNIQA pojišťovna, a.s. a její zprostředkovatelé resp. další zpracovatelé, jejichž seznam je uveden na stránkách www.uniqa.cz/osobni-udaje zpracovávají ve smyslu nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016, o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů), mé osobní údaje v této smlouvě stanoveném rozsahu v rámci činnosti v pojišťovnictví a činnosti související s pojišťovací a zajišťovací činností, a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění práv a povinností plynoucích z tohoto smluvního vztahu. Zpracování mých osobních údajů je v souladu s článkem 6 odst. 1 písm. b) obecného nařízení o ochraně osobních údajů nezbytné pro splnění této smlouvy. Prohlašuji, že jsem byl dostatečně a srozumitelně poučen o svých právech vyplývajících ze zpracování mých osobních údajů, o předání mých osobních údajů do třetích zemí, o povinnosti osobní údaje poskytnout v souvislosti se zákonnými nebo smluvními požadavky, jakož i o dalších relevantních skutečnostech obsažených v samostatně listinně označené jako „Informace o zpracování osobních údajů“, jejíž jedno vyhotovení jsem osobně převzal před poskytnutím společnosti UNIQA pojišťovna, a.s. svých osobních údajů za účelem sjednání této smlouvy. Potvrzuji, že jsem se seznámil s definicí politicky exponované osoby ve smyslu § 4 odst. 5 zákona č. 253/2008 Sb.

