

Nárokujete si poistné plnenie z poistenia: liečebných nákladov batožiny zodpovednosti za škodu

Rámcové identifikačné číslo: 8 0 0 4 8 2

INFORMÁCIE O POISTENOM

ČÍSLO POISTNEJ ZMLUVY: 1 2 0 _ _ _ _ _

Dátum platnosti poistenia od:		do:	
Priezvisko:		Meno:	
Titul:	Dátum narodenia:	Rodné číslo: /	
Adresa trvalého bydliska v SR (ak na tejto adrese nebyvate, uveďte, prosíme, korešpondenčnú adresu):			
PSČ:			
Telefón:		E-mail:	
Názov a kód zdravotnej poisťovne v SR:			

ÚDAJE O ŠKODOVEJ UDALOSTI

(ak nestačí miesto na požadované údaje, uveďte ich vo zvláštnej prílohe)

Dátum škodovej udalosti:	Miesto:	Štát:
Ste súčasne poistený na rovnaké riziko inou poistnou zmluvou?		<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
Ak áno, uveďte akou a v akej poisťovni:		
Oznámili ste škodovú udalosť asistenčnej službe?		<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
Došlo ku škodovej udalosti pod vplyvom alkoholu alebo iných návykových látok?		<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
Bola škodová udalosť vyšetrovaná políciou? Ak áno, priložte policajnú správu.		<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
Vznikla škoda cudzím zavinením?		<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
Ak áno, uveďte podrobnejšie informácie:		
Vznikla škoda pri dopravnej nehode?		<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
Ak áno, uveďte číslo konania:		

POISTENIE LIEČEBNÝCH NÁKLADOV

O aké ochorenie alebo úraz išlo? Uveďte diagnózu (ak ju poznáte):
Uveďte podrobný popis, za akých okolností došlo k náhlemu ochoreniu alebo úrazu:
Trpeli ste pred začiatkom poistenia uvedeným ochorením? <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
Meno, adresa a telefón vášho praktického lekára v SR:
Meno, adresa a telefón príslušného špecialistu v SR (kardiológ, ortopéd, internista, gynekológ a pod.):

VÝŠKU VZNIKNUTEJ ŠKODY PREUKAZUJEM TÝMITO ORIGINÁLMI DOKLADOV

Nižšie, prosíme, uveďte sumy, ktoré žiadate preplatiť	Poistenému	Lekárovi, nemocnici, dopravcovi
Ambulantné ošetrovanie		
Hospitalizácia		
Lieky		
Doprava		
Ostatné		
CELKOVO		

POISTENIE BATOŽINY

O aký typ škody ide:	<input type="checkbox"/> poškodenie	<input type="checkbox"/> zničenie	<input type="checkbox"/> odcudzenie
Uvedte podrobný popis, za akých okolností došlo ku škode, a uvedte zoznam poškodených, zničených, resp. odcudzených vecí, ich dátum nadobudnutia a obstarávaciu cenu			

POISTENIE ZODPOVEDNOSTI ZA SPÔSOBENÚ ŠKODU

Informácie o poškodenej osobe:

Priezvisko:		Meno:
Titul:	Dátum narodenia / IČO pri právnických osobách	Názov spoločnosti pri právnických osobách
Adresa trvalého bydliska / Sídlo spoločnosti:		PSČ:
Telefón:	E-mail:	

O aký typ škody ide:	<input type="checkbox"/> na zdraví	<input type="checkbox"/> na majetku
Uvedte podrobný popis, za akých okolností ku škode došlo:		
Ste s poškodeným v príbuzenskom vzťahu?	<input type="checkbox"/> Áno	<input type="checkbox"/> Nie
Žijete s poškodeným v spoločnej domácnosti?	<input type="checkbox"/> Áno	<input type="checkbox"/> Nie

ÚDAJE PRE ZASLANIE POISTNÉHO PLNENIA

Poistné plnenie poukážte:

Poštovou poukážkou na adresu:	PSČ:
Na eurový bankový účet poisteného vedený v banke:	
Číslo účtu IBAN:	

IBAN je štandardný medzinárodný formát čísla účtu

VYHLÁSENIE

Vyhlasujem, že som všetky otázky zodpovedal/a pravdivo a úplne, že som k hlásenému úrazu alebo ochoreniu vyplnil/a iba toto oznámenie škodovej udalosti a že som si vedomý/á dôsledkov nesprávnych, skreslených alebo neúplných odpovedí na povinnosť poistiteľa plniť.

Súhlasím, aby si poisťiteľ vyžiadal všetku dokumentáciu o zdravotnom stave a priebehu liečenia poisteného pre potreby vyšetrovania škodovej udalosti a zbavujem lekára sľubu mlčanlivosti. Ďalej zmocňujem lekára, zdravotnícke zariadenia a zariadenia poskytujúce zdravotnú starostlivosť na vyhotovenie lekárskeho správy, výpisu zo zdravotníckej dokumentácie či na ich zapožičanie.

Takisto súhlasím, aby si poisťiteľ pre potreby vyšetrovania škodovej udalosti vyžiadal potrebné podklady na polícii, u správnych orgánov a v iných poisťovniach.

Počet listov príloh, ktoré prikladám:

V	dňa
Podpis poisteného alebo oprávneného zástupcu	

Vyplnené hlásenie, prosíme, pošlite na adresu: **UNIQA poisťovňa, a.s., Lazaretská 15, 82007 Bratislava** alebo travel_tb@uniqa.sk

Pri políčkach s možnosťou voľby označte krížikom hodiaci sa variant, nehodiace sa preškrtnite.