

Názov a kód Vašej zdravotnej poisťovne v SR:

Máte uzatvorené nejaké ďalšie poistenie, ktoré kryje vzniknutú udalosť?: Áno Nie

Ak áno, prosíme, vyplňte nasledujúce údaje:

Názov poisťovne:

Číslo zmluvy:

Adresa poisťovne:

Bankové údaje pre zaslanie sumy poistného plnenia

Názov banky:

Číslo účtu:

Kód banky:

Vyhlásenia klienta

Vyhlasujem, že som všetky otázky zodpovedal pravdivo a úplne a som si vedomý, že nesprávne a nepravdivé údaje môžu ovplyvniť povinnosť spoločnosti UNIQA poisťovňa, a.s. poskytnúť poistné plnenie. V prípade vyšetovania polície splnomocňujem Europ Assistance s.r.o., Na Pankráci 1683/127, 140 00 Praha 4, Česká republika, IČO: 25287851 (ďalej aj „Europ Assistance“) k nazeraniu do vyšetrovacieho spisu v zmysle príslušných ustanovení Trestného poriadku alebo príslušných ustanovení Správneho poriadku týkajúceho sa vyššie uvedenej škody a k vyhotoveniu kópií a výpisov. Beriem na vedomie, že osobné údaje nachádzajúce sa na tomto dokumente som poisťovateľovi povinný poskytnúť v zmysle zákona č. 8/2008 Z.z. o poisťovníctve, a že budú spracúvané v informačnom systéme Europ Assistance, zároveň beriem na vedomie, že Europ Assistance je oprávnený získať osobné údaje v rozsahu uvedenom v občianskom preukaze, vodičskom preukaze, pase, technickom preukaze kopírovaním, skenovaním alebo iným zaznamenávaním na nosiči informácií. V zmysle zákona č. 122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov v platnom znení zároveň dávam Europ Assistance písomný súhlas so spracovaním tu uvedených osobných údajov, a to najmä s ich poskytovaním a sprístupňovaním tretím osobám za účelom likvidácie poistnej/škodovej udalosti uvedenej v tomto hlásení, znalcom, expertíznym kanceláriám a organizáciami vykonávajúcim znaleckú a poradenskú činnosť za účelom vypracovania znaleckého posudku, expertízneho posudku, odborného vyjadrenia, a tiež v súvislosti so správou poistenia, s vymáhaním pohľadávok a zaistovníam na účely zaistenia. Tiež dávam Europ Assistance súhlas s cezhraničným prenosom osobných údajov, vykonávaným na účely správy a na účely likvidácie poistných/škodových udalostí do krajín, ktoré zaručujú primeranú úroveň ochrany osobných údajov, ako aj do krajín, ktoré nezaručujú primeranú úroveň ochrany osobných údajov. Zároveň vyhlasujem, že dávam výslovný súhlas so spracúvaním osobných údajov na obdobie celej archivácie tohto dokumentu v zmysle všeobecne záväzných právnych predpisov a tiež vyhlasujem, že som poučený o existencii mojich práv v zmysle zákona č. 122/2013 Z.z.. Týmto dávam Europ Assistance súhlas s použitím čísla môjho mobilného telefónu, resp. e-mailovej adresy uvedených na tomto tlačive na účely likvidácie poistnej udalosti. Zároveň sa zaväzujem nahlásiť každú zmenu čísla telefónu, resp. e-mailovej adresy do ukončenia likvidácie poistnej udalosti písomne, osobne alebo poštou.

.....
Dátum

.....
Meno poisteného
(vyplňte tlačným písmom)

.....
Vlastnoručný podpis:

“Ako prílohy tohto oznámenia, prosíme, priložte pre posúdenie poistnej udalosti nasledujúce dokumenty:

- kópiu prepúšťacej správy príslušného zdravotníckeho zariadenia s uvedením počtu dní hospitalizácie a diagnózy;
- lekársku správu, resp. potvrdenie, obsahujúce informáciu, kedy bolo rozhodnuté (konkrétny dátum) o nutnosti operácie / hospitalizácie / vyšetrenia;
- v prípade, že sa zdravotné ťažkosti, pre ktoré ste boli hospitalizovaní vyskytli už skôr - potvrdenie Vášho praktického lekára alebo lekára špecialistu s uvedením dátumu posledného ošetrenia týchto ťažkostí;
- originály účtov za služby (napr. nadštandardné ubytovanie, doprava a pod), ktoré ste hradili.

Pozn: Poisťovňa si môže v rámci vyšetovania vyžiadať ďalšie doklady súvisiace s poistnou udalosťou.“

Adresa pre zaslanie dokumentácie: Europ Assistance s.r.o. – P. O. Box 385 – 810 00 Bratislava