

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 136, 160 12 Praha 6.

Číslo pojistné smlouvy (smluv)	Číslo škody, bylo-li již přiděleno
--------------------------------	------------------------------------

Pojištěný

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

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)

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

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	2 0		
Uvedte prosím datum, ke kterému byla stanovena diagnóza	2 0		
Název nemoci (diagnóza)			
Kde Vám byla stanovena diagnóza?	Název a adresa zdrav. zařízení	Příjmení a jméno lékaře	Telefon
Kdy, kde a jak jste se bezprostředně po zjištění nemoci případně ještě následně léčil?	Název a adresa zdrav. zařízení	Příjmení a jméno lékaře	Telefon
Kde je v současné době vedena (uložena) zdravotnická dokumentace týkající se Vašeho závažného onemocnění?	Název a adresa zdrav. zařízení	Příjmení a jméno lékaře	Telefon
Pojistné plnění poukážete na	kód banky	č. účtu	Požadovaný var. symbol
nebo na	Jméno vlastníka účtu	adresa	

Prohlášení pojištěného / zákonného zástupce pojištěného:

Prohlašuji, že jsem veškeré údaje na tomto Oznámení o škodě uvedl(a) pravdivě a úplně, že jsem k vyšše uvedeným pojistným událostem 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 listině 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.

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

Číslo pojistné smlouvy

Pojištěný / poškozený

Příjmení

Jméno

Rodné číslo

Zpráva lékaře

Úvodní informace pro lékaře

Pojištěním jsou kryta závažná onemocnění a výkony v závislosti na uzavřené pojistné smlouvě.

Konečná diagnóza musí být stanovena na základě podrobného lékařského vyšetření uvedeného v lékařské zprávě.

1. Jaká diagnóza závažného onemocnění byla u pojištěného stanovena, resp. jaký typ výkonu byl proveden?

(V případě onemocnění maligním nádorem definitivní histologický nález) a stádium onemocnění (např. TNM)

2. Ke kterému dni byla diagnóza stanovena, resp. kdy byl proveden výkon?

Ve kterém zdravotnickém zařízení?
(Uveďte prosím celý název a adresu, pokud možno i jméno příslušného odborného lékaře nebo lékařů).

3. Kdy byly pozorovány nebo zjištěny první příznaky některého z výše uvedených závažných onemocnění, nebo nemoci či poruchy, které byly v přímé či příčinné souvislosti se závažným onemocněním?

Ve kterém zdravotnickém zařízení?
(Uveďte prosím celý název a adresu, pokud možno i jméno příslušného odborného lékaře nebo lékařů).