



OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI PRE ZDRAVOTNÉ POISTENIE

- I. Denné dávky počas hospitalizácie II. Chirurgický zákrok, jednodňová chirurgia, plastická operácia
 III. Doplatok za lieky IV. Doplatok za optické a zdravotnícke pomôcky
 V. Pôrodnický paušál

Číslo poistnej zmluvy:	
Poistený	priezvisko, meno, titul:

	rodné číslo: _____ tel. číslo: _____
	adresa: _____ PSČ: _____

I. Poistenie denných dávok počas hospitalizácie Choroba / úraz

Kedy ste v súvislosti s terajším ochorením /úrazom / navštívili prvýkrát lekára?
Aká bola diagnóza?
Adresa a meno lekára, ktorý diagnózu stanovil:
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia, v ktorom ste boli/a hospitalizovaný/á:
Dĺžka trvania hospitalizácie (od/do):
Liečili ste sa kvôli uvedenému ochoreniu v minulosti, prípadne boli poranené časti tela poškodené pred úrazom? Ak áno, uveďte kedy a kde:
Ak bol dôvodom hospitalizácie úraz, uveďte, pri akej činnosti k nemu došlo a súvislý dej úrazu:
Ak sa Vám stal úraz pri športovej činnosti, uveďte presný druh športu:

Tehotenstvo / pôrod

Ak boli dôvodom hospitalizácie komplikácie v tehotenstve/pôrod, uveďte: Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia, v ktorom ste bola hospitalizovaná:
Dĺžka trvania hospitalizácie (od/do):
Ak boli dôvodom hospitalizácie komplikácie v tehotenstve, uveďte, aká bola diagnóza:
Kedy ste navštívili prvýkrát lekára v súvislosti s komplikáciami v tehotenstve?

II. Poistenie chirurgického zákroku, jednodňovej chirurgie, plastickej operácie

Ak Vám bol vykonaný chirurgický zákrok, uveďte: Dátum chirurgického zákroku: Druh chirurgického zákroku:
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia v ktorom Vám bol chirurgický zákrok vykonaný:
Bola počas chirurgického zákroku nutná hospitalizácia? <input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE Ak áno, uveďte dátum začiatku a ukončenia hospitalizácie:
Ak Vám bola vykonaná plastická operácia, uveďte: Suma za zákrok: _____ Dátum: _____ Druh zákroku: _____
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia v ktorom Vám bola plastická operácia vykonaná:
Bola počas plastickej operácie nutná hospitalizácia? <input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE Ak áno, uveďte dátum začiatku a ukončenia hospitalizácie:

K/025/12

III. Poistenie doplatku za lieky v dôsledku hospitalizácie

Dátum začiatku a ukončenia hospitalizácie v dôsledku ktorej Vám boli následne predpísané lieky:	
Vynaložená suma doplatku za lieky:	Za obdobie (rok):
Diagnóza/zy v dôsledku ktorej/ých Vám boli predpísané lieky:	

IV. Poistenie doplatku za zdravotnícke a optické pomôcky

Dátum poskytnutia zdravotnej starostlivosti:	
Uved'te presný druh zdravotnej starostlivosti, ktorá Vám bola poskytnutá:	
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia, ktoré Vám poskytlo zdravotnú starostlivosť:	
Vynaložená suma doplatku za zdravotnícke /optické pomôcky:	Za obdobie (rok):

V. Poistenie pôrodnického paušálu

Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia, v ktorom ste boli hospitalizovaná:
Dĺžka trvania hospitalizácie (od/do):

Vyhlasenie poisteného:

Vyhlasujem, že som na všetky otázky zodpovedal pravdivo a úplne a som si vedomý dôsledkov vyplývajúcich z nesprávnych odpovedí na povinnosť poisťovne plniť. Súhlasím s tým, aby si UNIQA poisťovňa, a. s. vyžiadala všetku potrebnú zdravotnú dokumentáciu o mojom liečení a zdravotnom stave.

Poistné plnenie poukážte na: Adresa: PSČ:

Číslo účtu:

V dňa:

Podpis poisteného:

Pokyny pre poisteného

- Vyznačte krížikom v príslušnom rámečku typ poistenia a vyplňte prosím prislúchajúcu hrubo orámovanú časť formulára.
- Priložte uvedené doklady podľa druhu poistenia.

Denné dávky počas hospitalizácie

prepúšťacia správa z nemocnice (kópia)

Chirurgický zákrok, jednodňová chirurgia, plastická operácia

prepúšťacia správa z nemocnice, pokiaľ bol poistený hospitalizovaný (kópia)

lekárska správa z chirurgického zákroku/plastickej operácie (kópia); potvrdenie o zaplatení poplatku za plastickú operáciu (originál)

Doplatok za lieky

lekársky predpis, resp. lek.správu potvrdzujúcu predpis liekov (kópia); potvrdenie o zaplatení doplatku za lieky (originál)

Doplatok za optické a zdravotnícke pomôcky

lekársky poukaz na vydanie optickej /zdravotnickej pomôcky (kópia); potvrdenie o zaplatení doplatku za optické /zdravotnícke pomôcky (originál)

Pôrodnický paušál

prepúšťacia správa z nemocnice (kópia)