

Číslo poisťnej zmluvy:  
Číslo škodovej udalosti:

Priezvisko, meno, titul:

Rodné číslo:

### Potvrďuje zamestnávateľ

**Potvrďujeme, že uvedená osoba je v našej organizácii zamestnaná za nižšie uvedených podmienok**

Zamestnaný na hlavný pracovný pomer:

od

Pracovný pomer bude ukončený:

(nehodiace sa škrtnite)

ÁNO  NIE

od

Potvrďujeme, že vyššie uvedený zamestnanec nepracoval  
(ošetroval člena rodiny) v období:

od

do

### Potvrdenie vydáva

Názov firmy:

Adresa:

IČO:

Dátum:

Podpis a pečiatka firmy

### Vyplňte v prípade, že ste SZČO

IČO:

od

do

### Vyhlásenie:

Vyhlasujem, že som ošetroval člena rodiny v období:

od

do

Priezvisko, meno, titul:

Rodné číslo:

Dátum:

Podpis

UNIQA linka +421 232 600 100, e-mail: info@uniqa.sk, www.uniqa.sk

UNIQA poisťovňa, a.s., so sídlom Evropská 810/136, 160 00 Praha 6, Česká republika, IČO: 492 40 480, spoločnosť zapísaná v Obchodnom registri Mestského súdu v Prahe, oddiel B, vložka č. 2012, podnikajúca v Slovenskej republike prostredníctvom organizačnej zložky: UNIQA poisťovňa, a.s., pobočka poisťovne z iného členského štátu, so sídlom Krasovského 3986/15, 851 01 Bratislava, Slovenská republika, IČO: 53 812 948, zapísaná v Obchodnom registri Mestského súdu Bratislava III, oddiel Po, vložka č. 8726/B