

ČÍSLO POISTNEJ ZMLUVY/  
NÁVRHU POISTNEJ ZMLUVY

Vyplnený formulár oznámenia poistnej udalosti zašlite na našu korešpondenčnú adresu. **K formuláru priložte kópiu všetkých lekárskeho správ z priebehu liečenia, operačného protokolu, prepúšťacej správy, príp. kópiu správy z vyšetovania polície, ak je poistnou udalosťou úraz vyšetrovaný políciou.** Náklady na vyplnenie tohto formulára znáša poistený.

A. Z dôvodu úrazu  B. Z dôvodu choroby

### POISTENÝ (OSOBA, KTOREJ BOL VYKONANÝ CHIRURGICKÝ ZÁKROK)

Priezvisko, meno, titul	
Rodné priezvisko	Rodné číslo <input type="text"/>
Adresa trvalého pobytu (ulica, číslo, mesto/obec, PSČ)	Dátum narodenia <input type="text"/>
Doklad totožnosti <input type="checkbox"/> OP/ID <input type="checkbox"/> Pas <input type="checkbox"/> Rodný list <sup>1)</sup>	Číslo dokladu totožnosti <input type="text"/> Štátna príslušnosť <input type="text"/> Telefón <input type="text"/>

### ÚDAJE O CHIRURGICKOM ZÁKROKU

Dátum vykonania chirurgického zákroku <input type="text"/>	Diagnóza ochorenia/úrazu, v dôsledku ktorého bol vykonaný chirurgický zákrok
Druh vykonaného chirurgického zákroku	
Priezvisko, meno lekára a adresa zariadenia, kde bol chirurgický zákrok vykonaný	Telefón <input type="text"/>
Priezvisko, meno lekára a adresa zariadenia, kde je uložená kompletná zdravotná dokumentácia	Telefón <input type="text"/>

### A. ÚRAZ

Dátum úrazu <input type="text"/>	Čas úrazu <input type="text"/>	Miesto úrazu
Príčina úrazu		
Popis okolností, za ktorých došlo k úrazu		
Popis poranenia		
Bola udalosť vyšetrovaná (orgánmi polície a pod.)? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno	Názov a adresa vyšetrujúceho orgánu	

### B. CHOROBA

O aké ochorenie ide?	
Priezvisko, meno lekára a adresa zariadenia, kde ste sa liečili	
Liečba prebiehala v čase	Od <input type="text"/> Do <input type="text"/>

### DOPLŇUJÚCE INFORMÁCIE

Ste fajčiar? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno	Počet kusov cigariet denne <input type="text"/>	Absolvujete pravidelne preventívne prehliadky u praktického lekára? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno	Dátum poslednej prehliadky <input type="text"/>
--	---	---	---

<sup>1)</sup> V prípade rodného listu sa číslo dokladu nevyplní. Rodný list môže nahradiť doklad totožnosti len v prípade maloletého poisteného.



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

## POISTNÉ PLNENIE

Poistné plnenie poukážte  
na bankový účet číslo (IBAN)

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

Pokiaľ nemáte účet, poistné plnenie vám bude  
zaslané na vyššie uvedenú adresu trvalého pobytu.

## IDENTIFIKÁCIA ZÁSTUPCU POISTENÉHO

Priezvisko, meno, titul

 Muž  ŽenaAdresa trvalého pobytu  
(ulica, číslo, mesto/obec, PSČ)

Dátum narodenia

Rodné číslo

Štátna príslušnosť

Doklad totožnosti  OP/ID  PasČíslo dokladu  
totožnostiDoklad o oprávnení  
zastupovať/konať<sup>2)</sup>

Číslo dokladu

Druh dokladu

## PODPISY, PRÍLOHY A VYHLÁSENIA

Poistený/zástupca poisteného/žiadateľ o poistné plnenie vyhlasuje, že na všetky otázky odpovedal pravdivo a je si vedomý/á dôsledkov nesprávnych odpovedí pre priznanie poistného plnenia. **Poistený/zástupca poisteného/žiadateľ o poistné plnenie súhlasí, aby si UNIQA poisťovňa, a.s., pobočka poisťovne z iného členského štátu vyžiadala všetku potrebnú dokumentáciu.**

Zástupca poisteného/žiadateľ o poistné plnenie udeľuje týmto poisťiteľovi súhlas na spracovanie osobných údajov na účely plnenia zmluvných a zákonných práv a povinností poisťiteľa na dobu nevyhnutne potrebnú na zabezpečenie práv a povinností vyplývajúcich z poistnej zmluvy a na dobu vyplývajúcu zo všeobecne záväzných právnych predpisov. Zároveň udeľuje súhlas s vykonávaním cezhraničného prenosu poskytnutých osobných údajov do členských štátov Európskej únie a tiež do tretích krajín.

Finančný agent svojim podpisom potvrdzuje, že vykonal identifikáciu poisteného/zástupcu poisteného, vrátane overenia identifikácie (overenie údajov a zhody ich podoby s vyobrazením v doklade totožnosti). Podpis finančného agenta nie je potrebný, ak identifikácia a overenie identifikácie poisteného/zástupcu poisteného už boli vykonané pri inom úkone.

Dátum podpisu

Miesto podpisu

Počet príloh

PODPIS POISTENÉHO/ZÁSTUPCU  
POISTENÉHO

ZA POISTENÉHO PODPISUJE

- 
- Zákonný zástupca (priložte rodný list, ak ste ho doposiaľ poisťiteľovi neposkytli)
- 
- 
- Splnomocnený zástupca (priložte plnú moc)
- 
- 
- Ustanovený zástupca (priložte rozhodnutie súdu)

PODPIS FINANČNÉHO AGENTA

**Poisťiteľ je oprávnený požadovať úradné overenie podpisu (na notárskom úrade/matrichnom úrade) na tomto formulári.**

ÚRADNÉ OVERENIE PODPISU

<sup>2)</sup> Ak ide o rodiča maloletého poisteného, nie je potrebné vyplniť. Druh dokladu o oprávnení zastupovať/konať môže byť napr. uznesenie o osvojení maloletého.

ČÍSLO POISTNEJ ZMLUVY/  
NÁVRHU POISTNEJ ZMLUVY

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

**VYPLNÍ OŠETRUJÚCI LEKÁR**

Náklady na vyplnenie tejto Správy lekára znáša poistený.

**POISTENÝ (OSOBA, KTOREJ BOL VYKONANÝ CHIRURGICKÝ ZÁKROK)**

Priezvisko, meno, titul

Rodné číslo

**ÚDAJE O CHIRURGICKOM ZÁKROKU**

Dátum vykonania chirurgického zákroku

Zákrok vykonaný v zdravotníckom zariadení

Druh chirurgického zákroku

**A. ÚRAZ, V DÔSLEDKU KTORÉHO BOL VYKONANÝ CHIRURGICKÝ ZÁKROK**

Dátum úrazu

Miesto úrazu

Diagnóza - kód

Priezvisko, meno lekára a adresa zariadenia, kde bolo poskytnuté prvé ošetrenie

Dátum prvého ošetrenia

Čas

Diagnóza - **podrobný popis** všetkých telesných poškodení spôsobených úrazom

**Bol poranený orgán už pred úrazom funkčne poškodený?**

Nie  Áno

V akom rozsahu?

Dátum RTG

Popis RTG

Priebeh a spôsob liečenia - **podrobne popíšte**

Došlo k úrazu pod vplyvom alkoholu alebo omamných látok?

Nie  Áno

Druh omamnej látky

% alkoholu v krvi

Bolo príčinou úrazu úmyselné sebapoškodenie?

Nie  Áno

Liečba prebiehala v čase

Od

Do

Bol chirurgický zákrok vykonaný z estetických dôvodov?

Nie  Áno

Bola poranená časť tela funkčne postihnutá už pred úrazom?

Nie  Áno

Ak áno, v akom rozsahu?

Vrodené chyby a ťažkosti

**B. CHOROBA, V DÔSLEDKU KTOREJ BOL VYKONANÝ CHIRURGICKÝ ZÁKROK**

Dátum diagnostikovania choroby

Diagnóza

Diagnóza - kód

Hospitalizácia za účelom chirurgického zákroku

Od

Do

Predchádzajúce ochorenia, ktoré súvisia s diagnostikovaným ochorením, v dôsledku ktorého bol vykonaný chirurgický zákrok.

Predchádzajúce ochorenie

Začiatok

Príčina

Diagnóza

Vyliečené

Nie  Áno

Nie  Áno

Nie  Áno

Vrodené chyby a ťažkosti

**V prípade, že vám nestačí formulár, priložte podpísanú prílohu s uvedením čísla poistnej zmluvy.**

**PODPISY, PRÍLOHY A VYHLÁSENIA**

Potvrdzujem, že údaje v Správe lekára sa týkajú osoby uvedenej na prvej strane formulára ako „poistený“ a že som túto správu vypracoval/a na základe zdravotnej dokumentácie vystavenej zdravotníckym zariadením uvedeným na prvej strane tohto formulára.

Dátum podpisu

Miesto podpisu

Telefón lekára

Počet príloh

**MENO A ADRESA LEKÁRA/ ZDRAVOTNÍCKEHO ZARIADENIA**

**PEČIATKA A PODPIS LEKÁRA**