UNIQA

Oznámenie poistnej udalosti
Invalidita

ČÍSLO POISTNEJ ZMLUVY/ NÁVRHU POISTNEJ ZMLUVY

Vyplnený formulár oznámenia poistnej udalosti zašlite na našu korešpondenčnú adresu. **K formuláru priložte kópiu lekárskej správy (správy posudkového lekára o priznaní invalidity) a kópiu právoplatného rozhodnutia Sociálnej poisťovne o priznaní invalidity/invalidného dôchodku.**
Až do uznania nároku na oslobodenie od platenia bežného poistného poistiteľom je poistník povinný platiť poistné.

☐ **A. Z dôvodu úrazu** ☐ **B. Z dôvodu choroby**

POISTENÝ (OSOBA, KTOREJ BOLA PRIZNANÁ INVALIDITA)

Priezvisko, meno, titul

Rodné priezvisko | Rodné číslo

Adresa trvalého pobytu (ulica, číslo, mesto/obec, PSČ) | Dátum narodenia

Doklad totožnosti ☐ OP/ID ☐ Pas ☐ Rodný list[1] | Číslo dokladu totožnosti | Štátna príslušnosť | Telefón

A. ÚRAZ

Dátum úrazu | Čas úrazu | Miesto úrazu

Príčina úrazu

Popis okolností, za ktorých došlo k úrazu

Popis poranenia

Bola udalosť vyšetrovaná (orgánmi polície a pod.)? ☐ Nie ☐ 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 | Do

DOPLŇUJÚCE INFORMÁCIE

Ste fajčiar? ☐ Nie ☐ Áno | Počet kusov cigariet denne | Absolvujete pravidelne preventívne prehliadky u praktického lekára? ☐ Nie ☐ Áno | Dátum poslednej prehliadky

[1] V prípade rodného listu sa číslo dokladu nevypĺňa. Rodný list môže nahradiť doklad totožnosti len v prípade maloletého poisteného.

LOP

INV_PU U/2021 MIK

UNIQA linka: +421 232 600 100, e-mail: info@uniqa.sk, www.uniqa.sk
UNIQA pojišťovna, 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 pojišťovna, 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 Okresného súdu Bratislava I, oddiel Po, vložka č. 8726/B

ČÍSLO POISTNEJ ZMLUVY/ NÁVRHU POISTNEJ ZMLUVY

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 ☐ Žena

Adresa trvalého pobytu (ulica, číslo, mesto/obec, PSČ)

Dátum narodenia

Rodné číslo

Štátna príslušnosť

Doklad totožnosti ☐ OP/ID ☐ Pas

Číslo dokladu totožnosti

Doklad o oprávnení zastupovať/konať[2)]

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 pojišťovna, a.s., pobočka poisťovne z iného členského štátu vyžiadala všetku potrebnú dokumentáciu.**

Zástupca poisteného/žiadateľ o poistné plnenie udeľuje týmto poistiteľovi súhlas na spracovanie osobných údajov na účely plnenia zmluvných a zákonných práv a povinností poistiteľa 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 svojím 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 poistiteľovi neposkytli)

☐ Splnomocnený zástupca (priložte plnú moc)

☐ Ustanovený zástupca (priložte rozhodnutie súdu)

PODPIS FINANČNÉHO AGENTA

Poistiteľ je oprávnený požadovať úradné overenie podpisu (na notárskom úrade/matričnom úrade) na tomto formulári.

ÚRADNÉ OVERENIE PODPISU

[2)] 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 LEKÁR, KTORÝ PRIPRAVIL PODKLADY PRE PRIZNANIE INVALIDNÉHO DÔCHODKU.
Náklady na vyplnenie tejto Správy lekára budú uhradené poistiteľom do výšky 10 € v prípade uznania nároku na poistné plnenie. Za vyplnenie tejto správy uhraďte lekárovi ním požadovanú sumu (podľa § 38 ods. 11 zákona č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, ide o službu súvisiacu s poskytovaním zdravotnej starostlivosti poskytnutú na Vašu žiadosť) a originál dokladu o zaplatení predložte poistiteľovi.

POISTENÝ (OSOBA, KTOREJ BOLA PRIZNANÁ INVALIDITA)

Priezvisko, meno, titul | Rodné číslo

A. ÚRAZ, V DÔSLEDKU KTORÉHO BOLA PRIZNANÁ INVALIDITA

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

Práceneschopnosť Od | Do | Hospitalizácia Od | Do

Priebeh a spôsob liečenia **- podrobne popíšte**

B. CHOROBA, V DÔSLEDKU KTORÉHO BOLA PRIZNANÁ INVALIDITA

Dátum diagnostikovania choroby | Diagnóza

Diagnóza - kód

Príčina choroby

Práceneschopnosť Od | Do | Hospitalizácia Od | Do

Priebeh a spôsob liečenia **- podrobne popíšte**

INÉ LEKÁRSKE OZNÁMENIA

Predchádzajúce ochorenie	Začiatok	Príčina	Diagnóza	Vyliečené
				☐ Nie ☐ Áno
				☐ Nie ☐ Áno
				☐ Nie ☐ Áno

Dátum priznania invalidity Sociálnou poisťovňou | Dátum ďalšieho prešetrenia

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 nižšie.

Dátum podpisu | Miesto podpisu

Telefón lekára | Počet príloh

MENO A ADRESA LEKÁRA/ZDRAVOTNÍCKEHO ZARIADENIA

PEČIATKA A PODPIS LEKÁRA