

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 číslo:

Rodné priezvisko:

Dátum narodenia:

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

Telefón:

Štátna príslušnosť:

Doklad totožnosti     OP/ID     PAS     Rodný list<sup>1)</sup>    Číslo dokladu totožnosti:

## A. Úraz

Dátum úrazu:

Čas úrazu:

Miesto úrazu:

Príčina úrazu:

Popis okolností, za ktorých došlo k úrazu:

Popis poranenia:

Bola udalosť vyšetrovaná (orgány polície a pod.)?     Áno     Nie

Názov a adresa vyšetrujúceho orgánu:

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

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



## 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?  Áno  Nie Počet kusov cigariet denne:

Absolvujete pravidelne preventívne prehliadky u praktického lekára?  Áno  Nie

Dátum poslednej prehliadky:

## 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 žiadateľa o poistné plnenie

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<sup>2)</sup>

Druh dokladu: Číslo dokladu:

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

## 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 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

\_\_\_\_\_

Podpis finančného agenta

## Za poisteného podpisuje

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

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

## Úradné overenie podpisu

Číslo poistnej zmluvy/  
Návrhu poistnej zmluvy:**Vypní lekár, ktorý pripravil podklady pre priznanie invalidného dôchodku.**

Náklady na vyplnenie tejto Správy lekára budú uhradené poisťiteľom do výšky 10 € v prípade uznania nároku na poistné plnenie. Za vyplnenie tejto správy uhradte 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 poisťiteľovi.

**Poistený (osoba, ktorej bola priznaná invalidita)**

Priezvisko, meno, titul:

Rodné číslo:

**A. Úraz, v dôsledku ktorého bola priznaná invalidita**

Dátum úrazu:

Diagnóza - kód:

Miesto úrazu:

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?** Áno  Nie

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 - kód:

Diagnóza:

Príčina choroby:

Práceschopnosť od:

do:

Hospitalizácia od:

do:

Priebeh a spôsob liečenia - **podrobne popíšte**:

### Iné lekárske oznámenia

Predchádzajúce ochorenie	Začiatok	Príčina	Diagnóza	Vyliečené
				<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
				<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
				<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie

Dátum priznania invalidity Sociálnou poisťovňou:

Dátum ďalšieho prešetrenia:

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

### Podpisy, prílohy a vyhlásenia

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

Telefón lekára:

Počet príloh:

Meno lekára:

Adresa lekára/zdravotníckeho zariadenia:

Dátum podpisu:

Miesto podpisu:

Pečiatka a podpis lekára