

ČÍSLO POISTNEJ ZMLUVY/
NÁVRHU POISTNEJ ZMLUVY

Vyplnený formulár oznámenia poistnej udalosti zašlite na našu korešpondenčnú adresu. **K formuláru priložte výsledky odborných vyšetrení, kópie všetkých lekárskeých správ a nálezov z priebehu liečenia (od vzniku ochorenia vrátane prebiehajúcej liečby) podľa druhu ochorenia (napr. histológia, CT, MRI, EKG, aktuálny odborný lekársky nález) a kópiu prepúšťacej správy (v prípade hospitalizácie).**

Formulár pošlite po uplynutí lehoty 30 kalendárnych dní od stanovenia diagnózy alebo 30 kalendárnych dní po uskutočnení operácie.

POISTENÝ (OSOBA, KTOREJ SA TÝKA KRITICKÉ OCHORENIE)

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

ÚDAJE O KRITICKOM OCHORENÍ A ZDRAVOTNOM STAVE POISTENÉHO

Trpeli ste pred vznikom kritického ochorenia zdravotnými ťažkosťami? Nie Áno

Ak áno, uveďte akými zdravotnými ťažkosťami ste trpeli a kedy

Od	Do	Kedy nastali prvé príznaky kritického ochorenia?	Dátum
Názov (diagnóza) kritického ochorenia		Dátum, kedy Vám bola prvý raz diagnostikovaná	

Uveďte názvy a adresy odborných lekárov a odborných zdravotníckych zariadení, v ktorých ste boli vyšetrený/á a liečený/á, dobu liečenia od - do a spôsob liečby. Ak pre požadované údaje nebude stačiť miesto v predtlačenej kolónkach, uveďte ich v prílohe.

Priezvisko, meno lekára	Adresa lekára/zdravotníckeho zariadenia
Doba liečby Od Do	Spôsob liečby
Priezvisko, meno lekára	Adresa lekára/zdravotníckeho zariadenia
Doba liečby Od Do	Spôsob liečby
Priezvisko, meno lekára	Adresa lekára/zdravotníckeho zariadenia
Doba liečby Od Do	Spôsob liečby

DOPLŇUJÚCE INFORMÁCIE

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

POISTNÉ PLNENIE

Poistné plnenie poukážete 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	<input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Žena
Adresa trvalého pobytu (ulica, číslo, mesto/obec, PSČ)	
Dátum narodenia	Rodné číslo
Doklad totožnosti <input type="checkbox"/> OP/ID <input type="checkbox"/> Pas	Číslo dokladu totožnosti
Doklad o oprávnení zastupovať/konať ²⁾	Číslo dokladu
Druh dokladu	

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

²⁾ Ak ide o rodiča maloletého poisteného, 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											ZA POISTENÉHO PODPISUJE											PODPIS FINANČNÉHO AGENTA										
											<input type="checkbox"/> Zákonný zástupca (priložte rodný list, ak ste ho doposiaľ poisťiteľovi neposkytli)																					
											<input type="checkbox"/> Splnomocnený zástupca (priložte plnú moc)																					
											<input type="checkbox"/> 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

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

VYPLNÍ OŠETRUJÚCI LEKÁR

Náklady na vyplnenie tejto Správy lekára budú uhradené poistiteľom 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 poistiteľovi.

POISTENÝ (OSOBA, KTOREJ SA TÝKA KRITICKÉ OCHORENIE)

Priezvisko, meno, titul

Rodné číslo

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

SPRÁVA ODBORNÉHO/OŠETRUJÚCEHO LEKÁRA

Ktoré z kritických ochorení uvedených na titulnej strane tohto formuláru bolo poistenému/pacientovi diagnostikované a kedy, resp. aký typ výkonu bol vykonaný, kedy?

--

Na základe akých príznakov, vyšetrení a nálezov (pozri vyššie)?

--

V ktorom zdravotníckom zariadení? (Uveďte, prosím, celý názov a adresu, podľa možnosti aj meno príslušného lekára)

--

Kedy bol spozorovaný alebo zistený prvý príznak kritického ochorenia, ktorý bol v príčinnej súvislosti s týmto ochorením?

Dátum

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

V ktorom zdravotníckom zariadení? (Uveďte, prosím, celý názov a adresu, podľa možnosti aj meno príslušného lekára)

--

Bol poistený/pacient informovaný o uvedenom kritickom ochorení?

Nie

Áno

Ak áno, uveďte kedy

Dátum

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

Súčasný stav poisteného/pacienta a spôsob terapie

--

Iné oznámenia ošetrojúceho lekára

--

Názov oddelenia

Číslo oddelenia

Telefón

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

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

--

--