

Číslo poistnej zmluvy/
Návrhu poistnej zmluvy:

Vyplnený formulár oznámenia poistnej udalosti zašlite na našu korešpondenčnú adresu.
K formuláru priložte kópiu prepúšťacej správy (v prípade operácie aj operačný protokol).

Poistený (osoba, ktorá bola hospitalizovaná)

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 list¹⁾ Číslo dokladu totožnosti:

Údaje o pobyte v nemocnici

Priezvisko, meno a adresa vášho ošetrojúceho (príp. všeobecného) lekára:

Adresa nemocnice, kde ste hospitalizovaný/á:

Hospitalizácia od: do: Dôvod hospitalizácie: Úraz Choroba

Dátum úrazu, príp. začiatok choroby:

Stručný popis dôvodu hospitalizácie:

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

Názov a adresa vyšetrujúceho orgánu:

Doplňujúce informácie

Ste fajčiar? Áno Nie Počet kusov cigariet denne:

Absolvujete pravidelne preventívne prehliadky u praktického lekára? Áno Nie

Dátum poslednej prehliadky:

Výplata poistného plnenia (vyplňte v prípade, ak plnenie žiadate na bankový účet)

Bankový účet (IBAN):

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

¹⁾ 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 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 Mestského súdu Bratislava III, oddiel Po, vložka č. 8726/B

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/konať²⁾

Druh dokladu:

Číslo 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 poisťovna, 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

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 nemocnica pri prepúšťaní

Náklady na vyplnenie tejto Správy lekára budú uhradené poistiteľom do výšky 5 € v prípade uznania nároku na poistné plnenie. Za vyplnenie tejto správy uhradíte 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, ktorá bola hospitalizovaná)

Priezvisko, meno, titul:

Rodné číslo:

Potvrdenie o pobyte v nemocnici

Číslo príjmu:

Priezvisko a meno lekára, ktorý hospitalizáciu odporučil:

Dátum príjmu:

Dátum prepustenia:

Dátumy priepustiek trvajúcich viac ako 24 hod.:

Dôvod hospitalizácie Úraz Choroba

Dátum úrazu, príp.začiatok choroby:

Vplyv alkoholu alebo omamných látok? Áno NieBola hospitalizácia plánovaná? Áno NieBola vystavená PN? Áno Nie

Diagnóza podľa WHO:

Diagnóza slovom:

Bol porušený liečebný režim? Áno Nie Nevyhnutná doba hospitalizácie od:

do:

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.

Telefón lekára:

Počet príloh:

Meno lekára:

Adresa lekára/zdravotníckeho zariadenia:

Dátum podpisu:

Miesto podpisu:

Pečiatka a podpis lekára