

Číslo poistnej zmluvy/
Návrhu poistnej zmluvy:

Vyplnený formulár oznámenia poistnej udalosti zašlite na našu korešpondenčnú adresu. V prípade dlhodobej pracovnej neschopnosti (ďalej aj ako „PN“) si nechajte svojim ošetrovujúcim lekárom pravidelne po 30 dňoch potvrdiť trvanie PN na 1. časti Správy lekára na strane 4/5 a zašlite ho na uvedenú adresu. **K formuláru priložte kópiu dokladu o PN s termínom začiatku a ukončenia PN a kópie všetkých lekárskejších správ z priebehu liečenia PN (záznamy od odborných aj praktických lekárov kopírované zo zdravotnej karty).**
Náklady na vyplnenie tohto formulára znáša poistený.

Poistený (osoba, ktorá je/bola práceneschopná)

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

Údaje o PN a poistenom

Adresa pobytu počas PN:

Nemocenské poistenie? Áno Nie

Názov a adresa zamestnávateľa:

Zamestnanie/Druh podnikateľskej činnosti:

Odbor činnosti:

Vzťah k žiadateľovi:

Poistený vyhlasuje, že je: Zamestnanec SZČO Nezamestnaný Od kedy: _____

Poistený vyhlasuje, že nie je: Na materskej/rodičovskej dovolenke Bez zárobkovej činnosti
 Študent Dôchodca Invalidný dôchodca

¹⁾ V prípade rodného listu sa číslo dokladu nevyplní. 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



LOO

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.

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:

²⁾ Druh dokladu o oprávnení zastupovať/konať môže byť napr. rozhodnutie súdu.

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

Číslo poistnej zmluvy/
Návrhu poistnej zmluvy:

Vyplní ošetrojúci lekár

Náklady na vyplnenie tejto Správy lekára znáša poistený.

Poistený (osoba, ktorá je/bola práceneschopná)

Priezvisko, meno, titul:

Rodné číslo/IČO:

1. Časť – priebeh PN

(vyplňte len v prípade dlhodobej PN pravidelne po 30 dňoch trvania PN)

Dátum kontroly, resp. ošetrenia:

Dátum budúcej kontroly:

Lekársky nález (zmena diagnózy, spôsob rehabilitácie atď.):

Prebehlo konanie LPK? Áno Nie Ak áno, uveďte závery LPK:

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

V prípade dlhodobej PN si nechajte svojim ošetrojúcim lekárom pravidelne po 30 dňoch potvrdiť trvanie PN (1. časť tejto Správy lekára) a zašlite ho na uvedenú adresu.

2. Časť – začiatok a ukončenie PN

Dôvod PN Pracovný úraz Úraz zavinený inou osobou Samopoškodenie
 Choroba z povolania Ostatné choroby

Podozrenie z vplyvu alkoholu alebo omamných látok Áno Nie

Neschopný práce od: Hospitalizácia od: do:

Číslo dokladu PN: Diagnóza podľa WHO:

Diagnóza slovom:

Popis lekárskeho nálezu - detailne (RTG - dátum a popis atď.),
v prípade potreby uveďte podrobnejšie údaje na samostatnej prílohe:

Vychádzky (časové rozpätie) od: do: od: do:

Zmena vychádzok odo dňa:

V časovom rozpätí od: do: od: do:

Liečil sa pacient na toto ochorenie, príp. úraz už skôr? Áno Nie

Ak áno, uveďte obdobie, kedy prebiehala liečba, kde a ako od: do:

Dátum ukončenia PN: Schopný práce od:

Bol prerušený liečebný režim? Áno Nie

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