

Číslo poistnej zmluvy/
Návrhu poistnej zmluvy:

Vyplnený formulár oznámenia poistnej udalosti zašlite na našu korešpondenčnú adresu. **K formuláru priložte úradne overenú kópiu úmrtného listu, kópiu listu o prehliadke mŕtveho, príp. kópiu policajného protokolu a správy o závere vyšetrovania, pokiaľ bola príčina vzniku poistnej udalosti vyšetrovaná políciou.**

Náklady na vyplnenie tohto formulára znáša žiadateľ o poistné plnenie.

Poistník/Poistený (osoba, na ktorú sa vzťahuje poistná udalosť)

Priezvisko, meno, titul:

Rodné číslo:

Rodné priezvisko:

Dátum narodenia:

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

Žiadateľ o poistné plnenie

Identifikácia žiadateľa o poistné plnenie musí byť overená zamestnancom kontaktného miesta UNIQA alebo finančným agentom UNIQA. Podpis žiadateľa o poistné plnenie musí byť vždy úradne overený.

Priezvisko, meno, titul/Názov:

Rodné číslo/IČO:

Dátum narodenia:

Adresa trvalého pobytu/Sídlo (ulica, číslo, mesto/obec, PSČ, P. O. BOX)¹⁾:

Miesto narodenia:

Telefón:

Štátna príslušnosť:

Doklad totožnosti OP/ID PAS Rodný list²⁾ Číslo dokladu totožnosti:

Ak si nárok na plnenie uplatňuje právnická osoba alebo SZČO, vyplňte aj údaje nižšie

Označenie úradnej evidencie/
úradného registra³⁾:

DIČ:

Adresa miesta podnikania
(ulica, číslo, mesto/obec, PSČ):

Kód štátu⁴⁾:

¹⁾ V prípade, že je zriadený poštový priechinok P. O. BOX, uveďte jeho číslo.

²⁾ V prípade rodného listu sa číslo dokladu nevyplňa. Rodný list môže nahradiť doklad totožnosti len v prípade maloletého žiadateľa o poistné plnenie.

³⁾ Označenie evidencie/registra môže byť napr. obchodný register, živnostenský register.

⁴⁾ Kód štátu, ktorý daňové identifikačné číslo (DIČ) vydal.

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



Údaje o úmrtí

Dátum úmrtia:

Miesto úmrtia:

Príčina úmrtia:

Popis okolností, za ktorých došlo k úmrtiu:

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

Názov a adresa vyšetrojúceho orgánu:

Priezviská, mená a adresy svedkov udalosti (príp. telefónne čísla):

Pokiaľ bolo poskytnuté lekárske ošetrovanie, uveďte priezvisko, meno lekára a adresu zariadenia:

Doplňujúce informácie

Bol poistený fajčiar? Áno Nie Počet kusov cigariet denne:

Absolvoval poistený 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 poisťné plnenie

Identifikácia zástupcu žiadateľa o poisťné plnenie musí byť overená zamestnancom kontaktného miesta UNIQA alebo finančným agentom UNIQA. Podpis zástupcu žiadateľa o poisťné plnenie musí byť vždy úradne overený.

Priezvisko, meno, titul: Muž Žena

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

Dátum narodenia: Rodné číslo: Štátna príslušnosť:

Miesto narodenia: Telefón:

Doklad totožnosti OP/ID PAS Číslo dokladu totožnosti:

Doklad o oprávnení zastupovať/konať⁵⁾

Druh dokladu: Číslo dokladu:

Priezvisko, meno, titul: Muž Žena

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

Dátum narodenia: Rodné číslo: Štátna príslušnosť:

Miesto narodenia: Telefón:

Doklad totožnosti OP/ID PAS Číslo dokladu totožnosti:

Doklad o oprávnení zastupovať/konať⁵⁾

Druh dokladu: Číslo dokladu:

Priezvisko, meno, titul: Muž Žena

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

Dátum narodenia: Rodné číslo: Štátna príslušnosť:

Miesto narodenia: Telefón:

Doklad totožnosti OP/ID PAS Číslo dokladu totožnosti:

Doklad o oprávnení zastupovať/konať⁵⁾

Druh dokladu: Číslo dokladu:

⁵⁾ 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

Žiadateľ o poistné plnenie/zástupca žiadateľa o poistné plnenie vyhlasuje, že na všetky otázky odpovedal pravdivo a je si vedomý/á dôsledkov nesprávnych odpovedí pre priznanie poistného plnenia. Žiadateľ o poistné plnenie súhlasí, aby si **UNIQA pojišťovna, a.s., pobočka poistovne z iného členského štátu** vyžiadala všetku potrebnú dokumentáciu. 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 žiadateľa o poistné plnenie/zástupcu žiadateľa o poistné plnenie, 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 žiadateľa o poistné plnenie/zástupcu žiadateľa o poistné plnenie už boli vykonané pri inom úkone.

Dátum podpisu:

Miesto podpisu:

Počet príloh:

Podpis žiadateľa o poistné plnenie

Podpis finančného agenta

Za žiadateľa o poistné plnenie 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 lekár, najlepšie informovaný o zdravotnom stave poistníka/poisteného, na ktorého sa vzťahuje poistná udalosť.

Náklady na vyplnenie tejto Správy lekára znáša žiadateľ o poistné plnenie.

Poistník/Poistený (osoba, na ktorú sa vzťahuje poistná udalosť)

Priezvisko, meno, titul:

Rodné číslo:

Údaje o úmrtí

Dátum úmrtia:

Čas úmrtia:

Bola vykonaná pitva? Áno Nie

Miesto úmrtia:

Priezvisko, meno a adresa lekára alebo zdravotníckeho zariadenia, ktoré vykonalo prehliadku mŕtveho tela:

Príčina úmrtia:

Popis okolností, za ktorých došlo k úmrtiu:

Došlo k úmrtiu pod vplyvom alkoholu alebo omamných látok? Áno Nie

Druh omamnej látky:

%o alkoholu v krvi:

Bolo príčinou úmrtia úmyselné sebapoškodenie? Áno NieBola udalosť vyšetovaná (orgány polície a pod.)? Áno Nie

Názov a adresa vyšetrujúceho orgánu:

Iné lekárske oznámenia

Predchádzajúce ochorenie/úraz	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
				<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
				<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
				<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
				<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
				<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie

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 „poistník/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