UNIQA

Oznámenie poistnej udalosti
Úmrtie

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 priezvisko | Rodné číslo

Adresa trvalého pobytu (ulica, číslo, mesto/obec, PSČ) | Dátum narodenia

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

Adresa trvalého pobytu/Sídlo (ulica, číslo, mesto/obec, PSČ, P. O. BOX)[1] | Dátum narodenia

Miesto narodenia

Doklad totožnosti ☐ OP/ID ☐ Pas ☐ Rodný list[2] | Číslo dokladu totožnosti | Štátna príslušnosť | Telefón

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

Označenie úradnej evidencie/ úradného registra[3] | DIČ | Kód štátu[4]

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

ÚDAJE O ÚMRTÍ

Dátum úmrtia | Miesto úmrtia | Príčina úmrtia

Popis okolností, za ktorých došlo k úmrtiu

Bola udalosť vyšetrovaná (orgánmi polície a pod.)? ☐ Nie ☐ Áno | Názov a adresa vyšetrujúceho orgánu

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

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

DOPLŇUJÚCE INFORMÁCIE

Bol poistený fajčiar? ☐ Nie ☐ Áno | Počet kusov cigariet denne | Absolvoval poistený pravidelne preventívne prehliadky u praktického lekára? ☐ Nie ☐ Áno | Dátum poslednej prehliadky

[1] V prípade, že je zriadený poštový priečinok P. O. BOX, uveďte jeho číslo.
[2] V prípade rodného listu sa číslo dokladu nevypĺňa. 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.

LOU

UMR_PU U/2021 MIK

ČÍSLO POISTNEJ ZMLUVY/ NÁVRHU POISTNEJ ZMLUVY

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

Identifikácia zástupcu žiadateľa o poistné plnenie musí byť overená zamestnancom kontaktného miesta UNIQA alebo finančným agentom UNIQA. Podpis zástupcu žiadateľa o poistné 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 | Telefón

Doklad totožnosti ☐ OP/ID ☐ Pas | Číslo dokladu totožnosti | Miesto narodenia

Doklad o oprávnení zastupovať/konať[5] | Číslo dokladu | Druh dokladu

Priezvisko, meno, titul ☐ Muž ☐ Žena

Adresa trvalého pobytu (ulica, číslo, mesto/obec, PSČ) | Dátum narodenia

Rodné číslo | Štátna príslušnosť | Telefón

Doklad totožnosti ☐ OP/ID ☐ Pas | Číslo dokladu totožnosti | Miesto narodenia

Doklad o oprávnení zastupovať/konať[5] | Číslo dokladu | Druh dokladu

Priezvisko, meno, titul ☐ Muž ☐ Žena

Adresa trvalého pobytu (ulica, číslo, mesto/obec, PSČ) | Dátum narodenia

Rodné číslo | Štátna príslušnosť | Telefón

Doklad totožnosti ☐ OP/ID ☐ Pas | Číslo dokladu totožnosti | Miesto narodenia

Doklad o oprávnení zastupovať/konať[5] | Číslo dokladu | Druh dokladu

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 poisťovne z iného členského štátu vyžiadala všetku potrebnú dokumentáciu.**

Žiadateľ o poistné plnenie udeľuje týmto poistiteľovi súhlas na spracovanie osobných údajov na účely plnenia zmluvných a zákonných práv a povinností poistiteľa 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

ZA ŽIADATEĽA O POISTNÉ PLNENIE PODPISUJE

- ☐ Zákonný zástupca (priložte rodný list, ak ste ho doposiaľ poistiteľovi neposkytli)
- ☐ Splnomocnený zástupca (priložte plnú moc)
- ☐ Ustanovený zástupca (priložte rozhodnutie súdu)
- ☐ Osoba/osoby zastupujúca/zastupujúce právnickú osobu alebo SZČO (priložte úradne overenú kópiu výpisu z úradnej evidencie/registra)

PODPIS FINANČNÉHO AGENTA

Poistiteľ požaduje úradné overenie podpisu žiadateľa/zástupcu žiadateľa o poistné plnenie (na notárskom úrade/matričnom úrade) na tomto formulári.

ÚRADNÉ OVERENIE PODPISU

[5] Ak ide o rodiča maloletého, nie je potrebné vyplniť. Druh dokladu o oprávnení zastupovať/konať môže byť napr. uznesenie o osvojení maloletého.

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

Miesto úmrtia

Čas úmrtia

Bola vykonaná pitva? ☐ Nie ☐ Áno

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? ☐ Nie ☐ Áno

Druh omamnej látky

‰ alkoholu v krvi

Bolo príčinou úmrtia úmyselné sebapoškodenie? ☐ Nie ☐ Áno

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

Názov a adresa vyšetrujúceho orgánu

INÉ LEKÁRSKE OZNÁMENIA

Predchádzajúce ochorenie/úraz	Začiatok	Príčina	Diagnóza	Vyliečené
				☐ Nie ☐ Áno
				☐ Nie ☐ Áno
				☐ Nie ☐ Áno
				☐ Nie ☐ Áno
				☐ Nie ☐ Áno
				☐ Nie ☐ Áno
				☐ Nie ☐ Áno
				☐ Nie ☐ Áno

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.

Dátum podpisu

Miesto podpisu

Telefón lekára

Počet príloh

MENO A ADRESA LEKÁRA/ZDRAVOTNÍCKEHO ZARIADENIA

PEČIATKA A PODPIS LEKÁRA