

ČÍSLO POISTNEJ ZMLUVY/
NÁVRHU POISTNEJ ZMLUVY

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

Vyplnený formulár oznámenia poistnej udalosti zašlite na našu korešpondenčnú adresu. **K formuláru priložte kópie všetkých lekárskeých správ z priebehu liečenia (vrátane prvého lekárskeho ošetrenia, pohotovosti, rýchlej zdravotníckej pomoci, rehabilitácie), aktuálny nález (ortopedický, neurologický a pod.), fotografiu tváre po 1 roku od úrazu v prípade jaziev na tvári, príp. kópiu policajného protokolu a správy o závere vyšetrovania, pokiaľ bola príčina vzniku poistnej udalosti vyšetrovaná políciou.**

Denné odškodné Trvalé telesné poškodenie následkom úrazu Nemocenské poistenie Nie Áno Kód zdravotnej poisťovne

POISTENÝ (OSOBA, KTOREJ SA STAL ÚRAZ)

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 ÚRAZE

Dátum úrazu	Čas úrazu	Miesto úrazu
-------------	-----------	--------------

Ako došlo k úrazu? (podrobne popíšte)

Ktorá časť tela bola postihnutá a ako?

Došlo k úrazu pri športe? Nie Áno Ak áno, uveďte druh športu Ste registrovaný? Nie Áno Ak áno, uveďte druh športu Odkedy

Došlo k úrazu pod vplyvom alkoholu alebo omamných látok? Nie Áno Došlo k úrazu pri dopravnej nehode? Nie Áno Kto úraz zaviniť?

Bola udalosť vyšetrovaná políciou? Nie Áno Názov a adresa vyšetrojúceho orgánu

Meno lekára a adresa zariadenia, ktoré poskytlo prvé ošetrenie Dátum prvého ošetrenia Hodina

Meno lekára a adresa zariadenia, kde ste sa ďalej liečili

DOPLŇUJÚCE INFORMÁCIE

Ste fajčair? 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.



LO

¹⁾ V prípade rodného listu sa číslo dokladu 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.

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

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				Štátna príslušnosť									
Doklad totožnosti		<input type="checkbox"/> OP/ID		<input type="checkbox"/> Pas		Číslo dokladu totožnosti											
Doklad o oprávnení zastupovať/konať ²⁾				Číslo dokladu				Druh 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 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)									

Poistiteľ 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 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 STAL ÚRAZ)

Priezvisko, meno, titul

Rodné číslo

ÚDAJE O ÚRAZE

Zodpovedá telesné poškodenie okolnostiam, ako postihnutý uviedol? Nie Áno

Diagnóza - kód

Meno lekára a adresa zariadenia, ktoré poskytlo prvé ošetrenie

Dátum prvého ošetrenia

Čas

Diagnóza - **podrobný popis** všetkých telesných poškodení spôsobených úrazomBol už poranený orgán pred úrazom funkčne poškodený? Nie Áno

V akom rozsahu?

Kedy? Dátum

Akým spôsobom?

Dátum RTG a ďalších zobrazovacích vyšetrení

Popis RTG a ďalších zobrazovacích vyšetrení

Meno odborného lekára, u ktorého je postihnutý v starostlivosti

Od

Do

Priebeh a spôsob liečenia - **podrobne popíšte**Došlo k úrazu pod vplyvom alkoholu alebo omamných látok? Nie Áno

Druh omamnej látky

% alkoholu v krvi

Bolo príčinou úrazu úmyselné sebapoškodenie?

 Nie ÁnoBol porušený liečebný režim? Nie ÁnoZanechal úraz trvalé následky? Nie Áno

Aké - popis, rozsah

Je rozsah trvalých následkov už ustálený?

 Nie Áno

Hospitalizácia

Od

Do

Priložte prepúšťaciu správu a v prípade operácie i pooperačný protokol.

Pevná fixácia

Od

Do

Rehabilitácia

Od

Do

Pracovná neschopnosť v dôsledku úrazu (vrátane)

Od

Do

U detí a študentov uveďte dobu nevyhnutného liečenia (neúčast' v školnej dochádzke), ktorá by sa rovnala pracovnej neschopnosti

Iné správy lekára

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