UNIQA poisťovňa, a. s.
Lazaretská 15, 820 07 Bratislava 27
Slovenská republika
Tel. (02) 57 88 32 11, Fax (02) 57 88 32 10
http://www.uniqa.sk, IČO: 00 653 501
Obchodný register
Okresného súdu Bratislava I
Oddiel: Sa, Vložka číslo: 843/B

OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI Z POISTENIA PRE PRÍPAD ÚPLNEJ INVALIDITY

Číslo úverového účtu (číslo Zmluvy o PÔŽIČKE):										

Poistený: Meno, priezvisko a titul:

Rodné číslo: Číslo telefónu:

Adresa: PSČ:

Vyhlásenie:
Súhlasím s tým, aby si UNIQA poisťovňa, a. s. vyžiadala potrebnú zdravotnú dokumentáciu o mojom liečení a zdravotnom stave od lekárov, ktorí ma ošetrujú, ošetrovali alebo vyšetrovali. Prehlasujem, že mi bol priznaný úplný invalidný dôchodok a údaje uvedené v tomto tlačive sú pravdivé.

V …….. dňa: …….. Podpis poisteného: ……..

Pokyny pre poisteného:
Vyplnené tlačivo spolu s požadovanou dokumentáciou je potrebné do UNIQA poisťovne, a. s. doručiť **do 15 pracovných dní po dátume, od ktorého bol poistenému priznaný invalidný dôchodok**.

1. Vyplňte prosím hrubo orámovanú časť pravdivo a úplne.
2. Správu ošetrujúceho lekára v spodnej časti tohto tlačiva vyplní lekár, ktorý Vás liečil.
3. K tomuto vyplnenému tlačivu priložte rozhodnutie Sociálnej poisťovne o priznaní plného invalidného dôchodku a podrobné lekárske správy lekárov, ktorí Vás ošetrujú, ošetrovali alebo vyšetrovali o príčinách, začiatku, druhu, priebehu, predpokladanej dĺžke invalidity a jej stupni.
4. V prípade poistnej udalosti ktorá nastala do 24 mesiacov od začiatku poistenia priložte aj výpis z Vašej zdravotnej dokumentácie.
5. Ďalšie povinnosti poisteného sú uvedené aj vo všeobecných poistných podmienkach platných pre dané poistenie.

POPIS INVALIDITY A PRÍČINY VZNIKU INVALIDITY (POTVRDENÝ LEKÁROM)

Dátum, priznania plného invalidného dôchodku:

Diagnóza, pre ktorú bol klientovi priznaný plný invalidný dôchodok:

Stanovené % poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť v porovnaní so zdravou fyzickou osobou, na základe ktorého bol priznaný plný invalidný dôchodok:

Bolo ochorenie komplikáciou (následkom) inej choroby?
Ak áno, uveďte jej dg.:

Kedy bolo ochorenie prvý raz zistené?

Kde a kým bol klient liečený (pred Vami, súčasne s Vami)?

Ostatné zdravotné oznámenia ošetrujúceho lekára:

V …… dňa : …… ……
pečiatka a podpis lekára

Adresa zdravotníckeho zariadenia, telefón:

Meno a priezvisko lekára:

Peňažný ústav: Číslo účtu: