



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.uniqua.sk, IČO: 00 653 501  
Obchodný register  
Okresného súdu Bratislava I  
Oddiel: Sa, Vložka číslo: 843/B

## OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI Z POISTENIA PRE PRÍPAD PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI

<b>Číslo úverového účtu (číslo Zmluvy o PÔŽIČKE):</b>																													
<b>Poistený:</b>	Meno, priezvisko a titul:																												
	Rodné číslo:									Číslo telefónu:																			
	Adresa domov:												PŠČ:																
	Adresa zamestnávateľa (vlastnej firmy):																												
	Zamestnanie:									Číslo telefónu zamestnávateľa (vl. firmy):																			
Kedy ste v súvislosti s terajším ochorením alebo úrazom navštívili prvý raz lekára:																													
Aká bola stanovená diagnóza:																													
Adresa a meno lekára, ktorý diagnózu stanovil:																													
Kto a kedy vystavil doklad o pracovnej neschopnosti? Adresa a meno lekára:																													
Kde ste sa kvôli ochoreniu alebo úrazu liečili a budete liečiť?																													
	Adresa:									Telefón:																			
	Adresa:									Telefón:																			
Liečili ste sa kvôli uvedenému ochoreniu v minulosti, prípadne boli poranené časti tela poškodené pred úrazom? Ak áno, uveďte kedy a kde:																													
Kde sa počas pracovnej neschopnosti zdržiavate:												Telefón:																	
Máte lekárom povolené vychádzky? Ak áno, uveďte presne dni a hodiny:																													
Ste poistený v inej poisťovni pre ušlý zárobok za dobu pracovnej neschopnosti? Ak áno, tak na akú dennú dávku?																													
<b>Vyhlasenie:</b> Vyhlasujem, že som na všetky otázky zodpovedal pravdivo a úplne a som si vedomý dôsledkov vyplývajúcich z nesprávnych odpovedí na povinnosť poisťovne plniť. Súhlasím s tým, aby si UNIQA poisťovňa, a. s. vyžiadala všetku potrebnú zdravotnú dokumentáciu o mojom liečení a zdravotnom stave a fotokópiu dokladu pracovnej neschopnosti vzťahujúcej sa k požadovanému nároku na príslušnej správe sociálneho zabezpečenia. Súhlasím s tým, aby si UNIQA poisťovňa, a. s., ak to bude nutné, vyžiadala potvrdenie o výške môjho príjmu u zamestnávateľa, prípadne u príslušnej finančnej správy.																													
V .....												dňa: .....									Podpis poisteného: .....								
<b>Pokyny pre poisteného:</b> Vyplnené tlačivo spolu s požadovanou dokumentáciou je potrebné do UNIQA poisťovne, a. s. doručiť <b>do 5 pracovných dní</b> po uplynutí karenčnej doby, ak pracovná neschopnosť trvá aj po uplynutí tejto karenčnej doby. 1. Vyplňte prosím túto prednú stranu pravdivo a úplne. 2. Správu ošetrojúceho lekára na zadnej strane tohto tlačiva vyplní lekár, ktorý Vás liečil. 3. K tomuto vyplnenému tlačivu priložte overenú fotokópiu potvrdenia o pracovnej neschopnosti (vznik aj trvanie k prvému dňu po uplynutí karenčnej doby). 4. V prípade poistnej udalosti ktorá nastala do 24 mesiacov od začiatku poistenia priložte aj výpis z Vašej zdravotnej dokumentácie. 5. Ďalšie povinnosti poisteného počas trvania pracovnej neschopnosti sú uvedené aj vo všeobecných poistných podmienkach platných pre dané poistenie.																													

## SPRÁVA OŠETRUJÚCEHO LEKÁRA NA ZÁKLADE DOKLADU O PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI

<b>Číslo úverového účtu (číslo Zmluvy o PÔŽIČKE):</b>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>										
<p><b>Ošetrojúci lekár potvrdzuje, že ošetruje pacienta, ktorý je uvedený na prvej strane tohto formulára. Zo záznamov zdravotnej dokumentácie a ďalších údajov uvádza:</b></p> <p>Kedy došlo k prvému lekárskeму ošetrovaniu pre uvedenú chorobu alebo úraz. Aká bola stanovená prvotná diagnóza, uveďte slovné i označením podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb (MKN 10), ďalej uveďte prípadnú zmenu diagnózy v priebehu liečenia:</p>											
<p>Popíšte, prosím, podrobne spôsob a druh liečenia (názvy a dávkovanie liekov, druh podpornej liečby, pri rehabilitácii uveďte druh liečby, ako často a ako dlho bola rehabilitácia vykonávaná):</p>											
<p>Bol pacient pre rovnaké ochorenie alebo úraz už liečený? Kedy a kde sa liečil:</p>											
<p>Je priebeh ochorenia alebo úrazu komplikovaný? Druh komplikácie:</p>											
<p>Bol alebo je poistený v súvislosti so súčasným ochorením alebo úrazom hospitalizovaný? Od kedy? Ako dlho? Uveďte adresu nemocničného zariadenia a meno ošetrojúceho lekára, telef. č.:</p>											
<p>V prípade trvania pracovnej neschopnosti boli povolené vychádzky? Pokiaľ áno, tak v ktorých dňoch a hodinách?</p>											
<p>Na kedy je stanovená nasledujúca kontrola u ošetrojúceho lekára?</p>											
<p>Došlo k ochoreniu alebo úrazu následkom požívania alkoholu alebo návykových látok? Ak áno, tak do akej miery to malo vplyv na vznik ochorenia a trvania pracovnej neschopnosti?</p> <p>Promile alkoholu:</p>											
<p>Je pacientom dodržiavaný liečebný režim? Pokiaľ nie, tak ako bol porušený?</p>											
<p>Ostatné zdravotné oznámenia ošetrojúceho lekára:</p>											
<p>Doklad o pracovnej neschopnosti:</p>											
Deň vystavenia dokladu pracovnej neschopnosti:	Číslo dokladu pracovnej neschopnosti:										
<p>Od kedy, príp. aj do kedy trvala pracovná neschopnosť (ak je už ukončená):</p>											
<p>Doklad o pracovnej neschopnosti bol zaslaný na správu sociálneho zabezpečenia - adresa:</p>											
<p>V ..... dňa : .....  <div style="text-align: right;">pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára</div> </p>											
<p>Adresa zdravotníckeho zariadenia, telefón:</p>											
<p>Meno a priezvisko lekára:</p>											
Peňažný ústav:	Číslo účtu:										