



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

VÝPIS ZO ZDRAVOTNEJ KARTY

Poistenie k PÔŽIČKE

Upozornenie pre klienta:

Pre danú zmluvu **postačuje toto tlačivo vyplniť len raz**, a to pri hlásení prvej poistnej udalosti ktorá nastala počas 24 mesiacov od začiatku poistenia.

V prípade, ak bolo k uvedenej zmluve o PÔŽIČKE vyplnené tlačivo už raz zaslané do UNIQA poisťovne, a. s. v predchádzajúcom období, tak nie je požadované jeho opätovné vyplnenie a zaslanie.

Číslo úverového účtu (číslo Zmluvy o PÔŽIČKE): Začiatok poistenia:

Vážená pani, vážený pán,

obraciame sa na Vás so žiadosťou o výpis zo zdravotnej karty nášho klienta pre potreby poistenia.

So súhlasom klienta Vás prosíme o dôsledné a úplné vyplnenie (strojom) nasledovných údajov týkajúcich sa jeho zdravotného stavu **do dátumu začiatku poistenia**.

VÝPIS ZO ZDRAVOTNEJ KARTY

Titul, Meno a Priezvisko klienta: Rodné číslo :

Adresa:

PSČ:

Prosíme o uvedenie ochorení a úrazov, ktorými klient trpel **do dátumu začiatku poistenia**:

1. Anamnestické údaje:

- pri ochoreniach uveďte **dátum** (deň, mesiac, rok), **priebeh, klinické a funkčné štádium, komplikácie**
- pri operáciách uveďte **dátum** (deň, mesiac, rok), **príčinu, charakter a následky**
- pri úrazoch uveďte **dátum** (deň, mesiac, rok), presný popis trvalých následkov
- návyky (alkohol, drogy) - odkedy (deň, mesiac, rok)

<p>2. Uvedte výsledky a dátum (deň, mesiac, rok) vyšetrení. Ak neboli robené, uveďte „N„.</p> <p>a) EKG:</p> <p>d) patologické laboratórne hodnoty:</p> <p>c) iné:</p>	
<p>3. Je pacient hypertonik? Uveďte hodnoty TK naposledy namerané a ich trend od začiatku ochorenia:</p>	
<p>4. Ktoré lieky pacient dlhodobo užíva? Odkedy?</p>	
<p>5. Pracovné neschopnosti dlhšie ako 6 týždňov (uveďte konkrétne trvanie a dôvod PN):</p>	
<p>6. Bola pacientovi priznaná invalidita? Ak áno, uveďte percento poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť (do 70 % alebo nad 70 %):</p> <p>– príčina a dátum (deň, mesiac, rok) priznania:</p>	
<p>7. Je pacient dispenzarizovaný u niektorého odborného lekára?</p> <p>Odbor:</p>	
Dátum:	Podpis a pečiatka lekára:
Meno a priezvisko lekára:	Tel. číslo:
Číslo účtu:	Peňažný ústav:
<p>Oznamujeme Vám, že náklady spojené s vypísaním tohto tlačiva budú uhradené vo výške maximálne 12,- € na základe tohto tlačiva, alebo predloženého daňového dokladu.</p>	