



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 poistnej zmluvy k Zmluve o poskytnutí finančného leasingu / k Zmluve o poskytnutí finančných prostriedkov (ďalej len „zmluva“) s poistením: \*

Poistený: Meno, priezvisko a titul:

Rodné číslo:

Číslo telefónu:

Adresa:

PSČ:

### Vyhlasenie:

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.

Žiadam aby bolo poistné plnenie poukázané na bežný účet, ktorý je uvedený v Zmluve, ku ktorej mám uzavreté poistenie k pravidelným splátkam.

V ..... dňa: .....

Podpis poisteného: .....

### Pokyny pre poisteného:

Vyplnené tlačivo spolu s požadovanou dokumentáciou je potrebné do UNIQA poisťovne, a. s. doručiť **do 5 pracovných dní** po uplynutí karenčnej lehoty, ak úplná invalidita trvá aj po uplynutí tejto karenčnej lehoty.

1. Vyplňte prosím hrubo orámovanú časť pravdivo a úplne.
2. Správu ošetrojúceho 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 počas trvania úplnej invalidity sú uvedené aj vo všeobecných poistných podmienkach platných pre dané poistenie.

\* Číslo poistnej zmluvy nie je zhodné s číslom Zmluvy o poskytnutí finančného leasingu, resp. s číslom Zmluvy o poskytnutí finančných prostriedkov

## 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 ošetrojúceho lekára:

V ..... dňa: .....

pečiatka a podpis lekára

Adresa zdravotníckeho zariadenia, telefón:

Meno a priezvisko lekára:

Peňažný ústav:

Číslo účtu: