

Číslo poistnej zmluvy k Zmluve o poskytnutí finančného leasingu / k Zmluve o poskytnutí finančných prostriedkov (ďalej len „zmluva“) s poistením: *	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>																				
Poistený: Meno, priezvisko a titul: _____ Rodné číslo: _____ Číslo telefónu: _____ Adresa domov: _____ PSČ: _____ 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, na akú dennú dávku?																					
Vyhlasenie: Vyhlasujem, že som na všetky otázky odpovedal 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. 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 pracovná neschopnosť trvá aj po uplynutí tejto karenčnej lehoty.																					
<ol style="list-style-type: none"> 1. Vyplňte prosím túto prednú stranu pravdivo a úplne. 2. Správu ošetrojúceho lekára (ďalšia strana 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 lehoty) 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. 																					
* ČÍSLO POISTNEJ ZMLUVY NIE JE ZHODNÉ S ČÍSLOM ZMLUVY O POSKYTNUTÍ FINANČNÉHO LEASINGU, RESP. S ČÍSLOM ZMLUVY O POSKYTNUTÍ FINANČNÝCH PROSTRIEDKOV																					

SPRÁVA OŠETRUJÚCEHO LEKÁRA NA ZÁKLADE DOKLADU O PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI

Zmluva číslo:										
<p>Ošetrujúci lekár potvrdzuje, že ošetruje pacienta, ktorý je uvedený na prvej strane tohto formulára. Zo záznamov zdravotnej dokumentácie a ďalších údajov uvádza:</p> <p>Kedy došlo k prvému lekárskeму ošetrovaniu pre uvedenú chorobu alebo úraz. Aká bola stanovená prvotná diagnóza, uveďte slovnou 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 úrazu 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 ošetrujúceho 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 ošetrujúceho 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 ošetrujúceho 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 ošetrujúceho lekára</div> </p>										
<p>Adresa zdravotníckeho zariadenia, telefón:</p>										
<p>Meno a priezvisko lekára:</p>										
Peňažný ústav:					Číslo účtu:					