



OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI
Z POISTENIA
PRE PRÍPAD ÚPLNEJ INVALIDITY

Zmluva o poskytnutí spotrebiteľského úveru s poistením* (ďalej len „Zmluva“) číslo:																				
Poistený:	Meno, priezvisko a titul:											E-mail:								
	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 vyšetřovali. Prehlasujem že mi bol priznaný úplný invalidný dôchodok a údaje uvedené v tomto tlačíve sú pravdivé. Žiadam aby bolo poistné plnenie poukázané na bežný účet, ktorý je uvedený v Zmluve, z ktorej si uplatňujem nárok na poistné plnenie. V dňa: Podpis poisteného:																				
Pokyny pre poisteného: Vyplnené tlačívo 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 ošetrujúceho lekára v spodnej časti tohto tlačíva vyplní lekár, ktorý Vás liečil. 3. K tomuto vyplnenému tlačívu priložte rozhodnutie Sociálnej poisťovne o priznaní plného invalidného dôchodku a podrobné lekárske správy lekárov, ktorí Vás ošetrujú, ošetrovali alebo vyšetřovali 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.																				

*Táto zmluva je zároveň poistnou zmluvou

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:
Číslo účtu IBAN:

IBAN je štandardný medzinárodný formát čísla účtu