OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI PRE ZDRAVOTNÉ POISTENIE

☐ I. Denné dávky počas hospitalizácie ☐ II. Chirurgický zákrok, jednodňová chirurgia, plastická operácia

☐ III. Doplatok za lieky ☐ IV. Doplatok za optické a zdravotnícke pomôcky

☐ V. Pôrodnícky paušál

Číslo poistnej zmluvy:			
Poistený	priezvisko, meno, titul:		
	rodné číslo:	tel. číslo:	e-mail:
	adresa:		PSČ:

I. Poistenie denných dávok počas hospitalizácie

Choroba / úraz

Kedy ste v súvislosti s terajším ochorením /úrazom / navštívili prvý krát lekára?
Aká bola diagnóza?
Adresa a meno lekára, ktorý diagnózu stanovil:
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia, v ktorom ste boli/a hospitalizovaný/á:
Dĺžka trvania hospitalizácie (od/do):
Liečili ste sa kvôli uvedenému ochoreniu v minulosti, prípadne boli poranené časti tela poškodené pred úrazom? Ak áno, uveďte kedy a kde:
Ak bol dôvodom hospitalizácie úraz, uveďte, pri akej činnosti k nemu došlo a súvislý dej úrazu:
Ak sa Vám stal úraz pri športovej činnosti, uveďte presný druh športu:

Tehotenstvo / pôrod

Ak boli dôvodom hospitalizácie komplikácie v tehotenstve/pôrod, uveďte: Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia, v ktorom ste bola hospitalizovaná:
Dĺžka trvania hospitalizácie (od/do):
Ak boli dôvodom hospitalizácie komplikácie v tehotenstve, uveďte, aká bola diagnóza:
Kedy ste navštívili prvý krát lekára v súvislosti s komplikáciami v tehotenstve?

II. Poistenie chirurgického zákroku, jednodňovej chirurgie, plastickej operácie

Ak Vám bol vykonaný chirurgický zákrok, uveďte: Dátum chirurgického zákroku: Druh chirurgického zákroku:
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia v ktorom Vám bol chirurgický zákrok vykonaný:
Bola počas chirurgického zákroku nutná hospitalizácia? ☐ ÁNO ☐ NIE Ak áno, uveďte dátum začiatku a ukončenia hospitalizácie:
Ak Vám bola vykonaná plastická operácia, uveďte: Suma za zákrok: Dátum: Druh zákroku:
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia v ktorom Vám bola plastická operácia vykonaná:
Bola počas plastickej operácie nutná hospitalizácia? ☐ ÁNO ☐ NIE Ak áno, uveďte dátum začiatku a ukončenia hospitalizácie:

K/025/16

UNIQA poisťovňa, a.s., Lazaretská 15, 820 07 Bratislava 27, Slovenská republika
Telefonický kontakt: 0850 111 400, Web: http://www.uniqa.sk, E-mail: poistovna@uniqa.sk
IČO: 00 653 501, DIČ: 2021096242, IČ DPH: SK7020000229, Obchodný register, Okresného súdu Bratislava I, Oddiel: Sa, vložka číslo: 843/B

III. Poistenie doplatku za lieky v dôsledku hospitalizácie

Dátum začiatku a ukončenia hospitalizácie v dôsledku ktorej Vám boli následne predpísané lieky:
Vynaložená suma doplatku za lieky: Za obdobie (rok):
Diagnóza/zy v dôsledku ktorej/ých Vám boli predpísané lieky:

IV. Poistenie doplatku za zdravotnícke a optické pomôcky

Dátum poskytnutia zdravotnej starostlivosti:
Uveďte presný druh zdravotnej starostlivosti, ktorá Vám bola poskytnutá:
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia, ktoré Vám poskytlo zdravotnú starostlivosť:
Vynaložená suma doplatku za zdravotnícke /optické pomôcky: Za obdobie (rok):

V. Poistenie pôrodníckeho paušálu

Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia, v ktorom ste boli hospitalizovaná:
Dĺžka trvania hospitalizácie (od/do):

Vyhlásenie poisteného:
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.

Poistné plnenie poukážte na: Adresa: .... PSČ: ....

IBAN je štandardný medzinárodný formát čísla účtu

Č. účtu v IBAN:

V .... dňa: .... Podpis poisteného: ....

Pokyny pre poisteného

1. Vyznačte krížikom v príslušnom rámčeku typ poistenia a vyplňte prosím prislúchajúcu hrubo orámovanú časť formulára.
2. Priložte uvedené doklady podľa druhu poistenia.

Denné dávky počas hospitalizácie
prepúšťacia správa z nemocnice (kópia)

Chirurgický zákrok, jednodňová chirurgia, plastická operáca
prepúšťacia správa z nemocnice, pokiaľ bol poistený hospitalizovaný (kópia)
lekárska správa z chirurgického zákroku/plastickej operácie (kópia); potvrdenie o zaplatení poplatku za plastickú operáciu (originál)

Doplatok za lieky
lekársky predpis, resp. lek.správu potvrdzujúcu predpis liekov (kópia); potvrdenie o zaplatení doplatku za lieky (originál)

Doplatok za optické a zdravotnícke pomôcky
lekársky poukaz na vydanie optickej /zdravotnickej pomôcky (kópia); potvrdenie o zaplatení doplatku za optické /zdravotnícke pomôcky (originál)

Pôrodnícky paušál
prepúšťacia správa z nemocnice (kópia)