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

HLÁSENIE O POISTNEJ UDALOSTI Z POISTENIA PRE PRÍPAD HOSPITALIZÁCIE Z DÔVODU OCHORENIA ALEBO ÚRAZU

Poistná zmluva číslo:		
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:

Kde ste sa kvôli ochoreniu alebo úrazu liečili a budete liečiť?

Adresa: Telefón:

Liečili ste sa kvôli uvedenému ochoreniu v minulosti, prípadne boli poranené časti tela poškodené pred úrazom?

Ak áno, uveďte kedy a kde:

Vyhlásenie:
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.

Plnenie poukážte na adresu/účet: .....

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

Pokyny pre poisteného:

1. Vyplňte prosím túto prednú stranu pravdivo a úplne.
2. K tomuto vyplnenému tlačivu priložte prepúšťaciu správu z hospitalizácie.
3. Ďalšie povinnosti poisteného pri vzniku poistnej udalosti sú uvedené aj v Poistných podmienkach platných pre dané poistenie.