

Oznámenie poistnej udalosti z poistenia kritických chorôb

Poistná zmluva číslo:

Meno a titul poisteného:

Rodné číslo: Číslo telefónu:

Adresa domov: PSČ:

Adresa zamestnávateľa:
(vlastnej firmy)

Povolanie: Číslo telefónu zamestnávateľa (vl. firmy):

Kedy ste v súvislosti s terajším ochorením navštívili prvý raz lekára:

Aká bola stanovená diagnóza:

Adresa a meno lekára, ktorý diagnózu stanovil:

Kde ste sa kvôli ochoreniu liečili a budete liečiť?

Adresa: Telefón:

Adresa: Telefón:

Liečili ste sa kvôli uvedenému ochoreniu v minulosti? Ak áno, uveďte kedy a kde:

.....

Vyhlásenie:

Vyhlasujem, že som na všetky otázky zodpovedal pravdivo a úplne, a že som si vedomý dôsledkov 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 mi poukážte na adresu: na účet číslo:

V dňa: Podpis poisteného:

Pokyny pre poisteného:

1. Vyplňte prednú stranu tlačiva pravdivo a úplne.
2. Správu ošetrojúceho lekára vyplní lekár, ktorý Vás liečil.

Lekárska správa ošetrojúceho lekára

Ošetrojúci lekár potvrdzuje, že ošetruje pacienta, ktorý je uvedený na prvej strane tohto formulára. Zo záznamov zdravotnej dokumentácie a ďalších údajov uvádza:

Kedy došlo k prvému lekárskeму ošetreniu pre uvedenú chorobu. Aká bola stanovená prvotná diagnóza, uveďte slovné i označením podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb (MKN 10), ďalej uveďte prípadnú zmenu diagnózy v priebehu liečenia:

.....
.....
.....
.....

Popíšte, prosím, podrobne spôsob a druh liečenia (názvy a dávkovanie liekov, druh aplikácie liekov, druh podpornej liečby, pri rehabilitácii uveďte druh liečby, ako často a ako dlho bola rehabilitácia vykonávaná!:

.....
.....
.....

Bol pacient pre rovnaké ochorenie v minulosti už liečený? Kedy a kde sa liečil:

.....

Je priebeh ochorenia, či liečenia komplikovaný? Druh komplikácie:

.....
.....

Bol poistený v súvislosti so súčasným ochorením operovaný? Od kedy? Ako dlho? Uveďte adresu nemocničného zariadenia a meno ošetrojúceho lekára, telefón:

.....

V prípade trvania pracovnej neschopnosti boli povolené vychádzky? Pokiaľ áno, tak v ktorých dňoch a hodinách?

.....

Došlo k ochoreniu následkom požívania alkoholu alebo návykových látok? Ak áno, tak do akej miery to malo vplyv na vznik ochorenia?

.....

Je pacientom dodržiavaný liečebný režim? Pokiaľ nie, tak ako bol porušený?

.....

Ostatné zdravotné oznámenia ošetrojúceho lekára:

.....

Od kedy do kedy pretrvávajú príznaky ochorenia: neurologické a psychické výpadky, trvalé zlyhanie obličiek, ochrnutie a slepota:

.....
.....

V dňa:

Pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára,
adresa zdravotníckeho zariadenia