



Oznámenie Poistnej udalosti

Čas nevyhnutného liečenia úrazu

Poistený

Rodné číslo

Adresa

Číslo poistky

	Čas nevyhnutného liečenia úrazu Dátum vzniku úrazu:
Priložte tieto dokumenty: (originály prípadne úradne overené fotokópie)	<ul style="list-style-type: none"> lekárske správy z úrazu a priebehu liečby, policajná správa (ak bol úraz vyšetrovaný políciou) správa o pracovnom úraze (ak sa jedná o pracovný úraz)

Kde sa nachádza lekárska dokumentácia Poisteného? (meno lekára a adresa):

Úraz sa stal	- pri športe <input type="checkbox"/>	<u>Ak pri športe</u> , uveďte podrobnosti: Pri akom športe? Išlo o tréning alebo preteky? Na akej úrovni je šport vykonávaný (profesionálne, klubovou formou, hobby)?
	- inak <input type="checkbox"/>	<u>Ak inak</u> , uveďte podrobnosti.

Ktorá časť tela bola poškodená?	<input type="text"/>
--	----------------------

Bol úraz spôsobený pri dopravnej nehode? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie		Boli ste vodičom v čase nehody? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	
---	--	--	--

Osoba nahlasujúca/uplatňujúca si nárok na Poistné plnenie: (uveďte meno a priezvisko, rodné číslo, adresu trvalého pobytu, telefónne číslo). Poistné plnenie žiadam vyplatiť na číslo účtu:	
--	--

Prehlásenie zákonného zástupcu maloletého poisteného – vyplňuje zákonný zástupca maloletého poisteného

Meno a priezvisko zákonného zástupcu rodné číslo

Vzťah k maloletému Tel. e-mail

 Je zákonný zástupca poisteného politicky exponovanou osobou Áno Nie

 Je zákonný zástupca poisteného sankcionovanou osobou? Áno Nie

 Čestne prehlasujem, že som oprávnený zastupovať a spravovať veci maloletého
 A som si vedomý dôsledkov, ak by som uviedol(a) v prehlásení nepravdivé údaje.

Beriem na vedomie, že Poistiteľ spracúva moje osobné údaje uvedené v tomto oznámení na účel správy a plnenia poistnej zmluvy v súlade s Nariadením Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) a zákonom č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Miesto dátum

 podpis zákonného zástupcu

Vyhlasujem, že všetky mnou uvádzané údaje sú pravdivé a úplné a som si vedomý/dôsledkov neúplných a nepravdivých odpovedí na rozsah povinností Poistiteľa plniť.

Beriem na vedomie, že Poistiteľ spracúva moje osobné údaje uvedené v tomto oznámení na účel správy a plnenia poistnej zmluvy v súlade s Nariadením Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) a zákonom č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

 Ste politicky exponovaná osoba? Áno Nie

 Ste sankcionovaná osoba Áno Nie

Zároveň vyhlasujem, že som daňovým rezidentom Slovenskej republiky.

Miesto dátum

 notárom/matrikou overený podpis žiadateľa
 (Oprávnenej osoby)

Podpis overil:
Meno, priezvisko, osobné číslo a podpis poradcu SLSP:

Zhodnotenie úrazu

Poistka číslo

Dátum úrazu

Poistené Dieťa/Poistený

 Meno, priezvisko a adresa
 lekára, ktorý poskytol prvé
 ošetrenie
 Dátum prvého ošetrenia -
 diagnóza, nález a výkon.
 Bol klient následne liečený,
 hospitalizovaný v ďalších
 zdravotníckych zariadeniach?

 Áno Nie

Ak áno, priložte aj prepúšťacie správy a závery odborných vyšetrení.

 Nález po ukončení liečby
 s presným
 uvedením diagnózy
 Skutočná doba nevyhnutného
 liečenia úrazu (vrátane
 komplikácií)

Od Do.....

 Došlo k predĺženiu priemernej
 doby liečenia?

 Áno Nie

Ak áno, príčina a druh komplikácií (napr. Infekcia, zápal žíl a pod.)

 Bol orgán/úd funkčne
 poškodený už pred úrazom?

 Áno Nie

Ak áno, v akom rozsahu?

Poist'ovateľ

Kooperativa 
VIENNA INSURANCE GROUP

Sprostredkovateľ

SLOVENSKÁ 
sporiteľňa

Nastal úraz v dôsledku požitia alkoholických alebo iných omamných látok?	Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Ak áno: druh požitej látky? Množstvo? ‰ alkoholu v krvi?

Bolo príčinou úrazu úmyselné sebapoškodzovanie alebo pokus o samovraždu?	Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
--	---

Miesto _____ dátum _____

_____ Pečiatka a podpis lekára