



## Oznámenie Poistnej udalosti Hospitalizácia

Poistka číslo

Poistený (meno, priezvisko, r.č.)

### Hospitalizácia

Priložte originály, prípadne overené kópie prepúšťacích lekárskejších správ z hospitalizácie v zdravotníckom zariadení (kópie je možné overiť aj ošetrojúcim lekárom). Platí aj pre prípad doprodu dieťaťa poisteného. Bez dodania týchto dokumentov nie je možné začať šetriť poistnú udalosť.

Dátum začiatku hospitalizácie v zdravotníckom zariadení: .....

Dátum ukončenia hospitalizácie v zdravotníckom zariadení: .....

Diagnóza, pre ktorú bol poistený (dieťa poisteného) hospitalizovaný:

.....

Meno, priezvisko a adresa lekára, ktorý hospitalizáciu odporučil -

v prípade náhlej príhody (prevoz rýchlou lekárskou službou) nie je nutné vyplňať:

.....

Bola udalosť vyšetovaná  
políciou?

Áno  Nie

Ak áno, uveďte názov a adresu vyšetrujúceho orgánu, prípadne číslo vyšetrovacieho spisu.

Osoba uplatňujúca si nárok na Poistné plnenie:

(uveďte meno a priezvisko, rodné číslo, adresu trvalého pobytu, telefónne číslo)

Poistné plnenie žiadam vyplatiť na číslo účtu:

(uveďte číslo účtu, kód banky, prípadne špecifický symbol)

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

Poistený podpisom tohto dokumentu vyhlasuje, že si je vedomý skutočnosti, že tento dokument sa považuje za doručený Poistiteľovi až momentom jeho reálneho doručenia na adresu sídla Poistiteľa, ktoré zabezpečuje tretia osoba.

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 osoby  
uplatňujúcej nárok na Poistné plnenie

### Podpis overil:

Meno, priezvisko, osobné číslo a podpis poradcu SLSP: .....