



Oznámenie o Poistnej udalosti Lymfská borelióza a Kliešťová encefalitída

Vyplní osoba uplatňujúca si nárok na Poistné plnenie

Poistka číslo:

Dátum diagnostikovania
ochorenia:

Meno a priezvisko poisteného dieťaťa*:

Rodné číslo:

Trvalé bydlisko:

Meno a priezvisko zákonného zástupcu:

Rodné číslo:

Trvalé bydlisko:

Poistné plnenie žiadam vyplatiť na číslo účtu:

(uvedte číslo účtu, kód banky)

Názov ochorenia (diagnóza) :

Kde bolo ochorenie diagnostikované / sledované / liečené?

Meno odborného lekára (špecialistu) a adresa špecializovaného pracoviska:

Spolu s tlačivom Oznámenie o PU je potrebné predložiť tieto doklady:

- kópia prepúšťacej správy z nemocnice alebo kópia nálezu z odborného pracoviska, ktoré potvrdilo diagnózu
- prípadne ďalšie dokumenty podľa požiadaviek Poistiteľa

* Na preukázanie vzťahu dieťaťa k poistníkovi je potrebné predložiť Rodný list dieťaťa alebo rozhodnutie súdu na základe, ktorého bolo dieťa zverené do starostlivosti poistníka.

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

Poistené dieťa (zákonný zástupca) 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 _____

Poradcom/notárom/matrikou overený podpis
osoby uplatňujúcej nárok na Poistné plnenie

Podpis overil:

Meno, priezvisko, osobné číslo a podpis poradcu SLSP: