



Oznámenie poistnej udalosti

Poistka číslo

Poistené Dieťa/Poistený

Trvalé následky úrazu

Dátum úrazu: _____

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

Svedkovia úrazu (meno, priezvisko, adresa)	<input type="text"/>
--	----------------------

Bola udalosť vyšetrovaná políciou?	Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	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)	<input type="text"/>
--	----------------------

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

Poistený/Poistené Dieťa podpisom tohto dokumentu vyhlasuje, že si je vedomý skutočnosti, že tento dokument sa považuje za doručený Poisťiteľovi až momentom jeho reálneho doručenia na adresu sídla Poisťiteľa, 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:

Zhodnotenie trvalých následkov úrazu

Poistka číslo

Dátum úrazu

Poistené Dieťa/Poistený

Lekárska správa - v prípade, ak si uplatňujete trvalé následky úrazu, po ukončení liečby dajte vyplniť odbornému lekárovi.

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 a s posúdením trvalých následkov úrazu

Bol orgán/úd funkčne poškodený už pred úrazom?

Áno Nie

Ak áno, v akom rozsahu?

Nastal úraz v dôsledku požitia alkoholických alebo iných omamných látok?

Áno Nie

Ak áno: druh požitej látky? Množstvo? ‰ alkoholu v krvi?

Bolo príčinou úrazu úmyselné sebapoškodzovanie alebo pokus o samovraždu?

Áno Nie

Miesto _____ dátum _____

 Pečiatka a podpis lekára