



Oznámenie poistnej udalosti

Poistka číslo	<input type="text"/>	
Poistený*	<input type="text"/>	Vzťah k Poistníkovi <input type="text"/>

*Dieťa poistníka - je potrebné predložiť rodný list dieťaťa alebo rozhodnutie súdu na základe, ktorého bolo dieťa zverené do starostlivosti poistníka.

Manžel/manželka poistníka - je potrebné predložiť sobášny list

Druh/družka poistníka - je potrebné, predložiť čestné vyhlásenie ku vzťahu k poistníkovi a spoločnej domácnosti

Závažné trvalé následky úrazu

Dátum úrazu: _____

Priložte tieto dokumenty:

- Kópia lekárskej správy z prvého ošetrenia úrazu a následnej liečby
- Správa o výsledku vyšetrovania príslušného orgánu (ak bolo uskutočnené napr. vyšetovanie policajným zborom)

Úraz sa stal	<u>uveďte podrobnosti za akých k úrazu došlo:</u>
---------------------	---

Ktorá časť tela bola poranená?	
---------------------------------------	--

Bola udalosť vyšetovaná 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)	

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 _____

 Poradcom/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	<input type="text"/>	Lekárska správa - v prípade, ak si uplatňujete trvalé následky úrazu, po ukončení liečby dajte vyplniť odbornému lekárovi.
Dátum úrazu	<input type="text"/>	
Poistené Dieťa/Poistený	<input type="text"/>	

Meno, priezvisko a adresa lekára, ktorý poskytol prvé ošetrenie	<input type="text"/>
---	----------------------

Dátum prvého ošetrenia - diagnóza, nález a výkon.	<input type="text"/>
---	----------------------

Bol klient následne liečený, hospitalizovaný v ďalších zdravotníckych zariadeniach?	Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Ak áno, priložte aj prepúšťacie správy a závery odborných vyšetrení.
---	---	--

Nález po ukončení liečby s presným uvedením diagnózy a s posúdením trvalých následkov úrazu	<input type="text"/>
---	----------------------

Bol orgán/úd funkčne poškodený už pred úrazom?	Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Ak áno, v akom rozsahu?
		<input type="text"/>

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?
		<input type="text"/>

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

Miesto _____ dátum _____

Pečiatka a podpis lekára