



## Oznámenie Poistnej udalosti

Poistka číslo

Poistené dieťa\*

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

**Zlomenina**

Dátum úrazu: \_\_\_\_\_

**Priložte kópie lekárskeho správ z prvého ošetrenia úrazu a následnej liečby.**

**Úraz sa stal**

Uveďte podrobnosti za ktorých došlo k úrazu:

<b>Bola udalosť vyšetrovaná políciou?</b>	Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Ak áno, uveďte názov a adresu vyšetrujúceho orgánu, prípadne číslo vyšetrovacieho spisu.
<b>Osoba uplatňujúca si nárok na Poistné plnenie:</b>		
(uveďte meno a priezvisko, rodné číslo, adresu trvalého pobytu, telefónne číslo)		
<b>Poistné plnenie žiadam vyplatiť na číslo účtu:</b>		
(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/poradcom overený podpis  
 osoby uplatňujúcej nárok na Poistné plnenie

**Podpis overil:**

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

KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, Štefanovičova 4, 816 23 Bratislava 1, Slovenská republika

IČO: 00 585 441, DIČ: 2020527300; IČ DPH: SK7020000746 Spoločnosť je členom skupiny pre DPH.

Zapísaná: Obchodný register Okresného súdu Bratislava I, oddiel Sa, vložka 79/B.

## Zlomenina

Poistka číslo	<input type="text"/>	<b>Lekárska správa - vyplní lekár</b>  <b>Priložte kópie lekárskeho správ z prvého ošetrenia úrazu.</b>
Dátum úrazu	<input type="text"/>	
Poistený (meno a dátum narodenia)	<input type="text"/>	

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

Dátum prvého ošetrenia – popis poranenia, nález s presným uvedením diagnózy + číselného označenia dg., popis RTG snímku	<input type="text"/>
---	----------------------

Bola kosť poškodená 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"/>
--	---

Čestne prehlasujem, že som zodpovedal(a) pravdivo a úplne všetky údaje a som si vedomý(á) dôsledku nepravdivých odpovedí.

Miesto \_\_\_\_\_ dátum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Pečiatka a podpis lekára