



Oznámenie Poistnej udalosti

Poistka číslo

Poistený

Zlomenina

Dátum úrazu: _____

Priložte kópie lekárskeho správ z prvého ošetrovania úrazu a následnej liečby.

Úraz sa stal	- v zamestnaní <input type="checkbox"/>	<u>Ak sa stal v zamestnaní</u> , uveďte podrobnosti: názov pracoviska? Pri akej činnosti?
	- pri športe <input type="checkbox"/>	<u>Ak pri športe</u> , uveďte podrobnosti: Pri akom športe a na akej úrovni bol šport vykonávaný: <input type="checkbox"/> rekreačne <input type="checkbox"/> profesionálne <input type="checkbox"/> klubová forma /názov klubu? Išlo o tréning alebo preteky?
	- inak <input type="checkbox"/>	<u>Ak inak</u> , uveďte podrobnosti.

Ktorá časť tela bola poranená?

Bola udalosť vyšetrovaná 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 podpísom tohto dokumentu vyhlasuje, že si je vedomý skutočnosti, že tento dokument sa považuje za doručení 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:

Zlomenina

Poistka číslo	<input type="text"/>	Lekárska správa - vyplní lekár Priložte kópie lekárskeho správ z prvého ošetrenia úrazu.
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