

Poist'ovňa Slovenskej sporiteľne, a. s.
Vienna Insurance Group
Tomášikova 48
832 68 Bratislava

Poistka číslo

Poistený

Trvalé následky úrazu

Dátum úrazu: _____

Priložte kópie lekárskeho správy z prvého ošetrenia po úraze 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? Išlo o tréning alebo preteky? Na akej úrovni je šport vykonávaný (profesionálne, klubovou formou, hobby)? Odkedy?
	- inak <input type="checkbox"/>	<u>Ak inak</u> , uveďte podrobnosti.
Ktorá časť tela bola poranená		

Svedkovia úrazu (meno, priezvisko, adresa)	
---	--

Bola udalosť vyšetřovaná políciou?	Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	<u>Ak áno</u> , uveďte názov a adresu vyšetřujúceho orgánu, prípadne číslo vyšetřovacieho 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 poisťiteľa plniť.

Poistník/Poistený podpisom tohto dokumentu vyhlasuje, že si je vedomý skutočnosti, že tento dokument sa považuje za doručený do Poist'ovne Slovenskej sporiteľne, a.s. Vienna Insurance Group až momentom jeho reálneho doručenia na adresu sídla Poist'ovne Slovenskej sporiteľne, a.s. Vienna Insurance Group, ktoré zabezpečuje tretia osoba.

Miesto _____ dátum _____

_____ úradne overený podpis poisteného

Zhodnotenie trvalých následkov úrazu

Poistka číslo

Dátum úrazu

Poistený, dátum narodenia

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 – popis poranenia, číselné označenie diagnózy, 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 posúdením trvalých následkov úrazu
(rozsah poškodenia končatín v stupňoch, keloidné jazvy v cm² ...)

Bol orgán/úd funkčne poškodený už pred úrazom? Prípadné degeneratívne zmeny - uveďte rok, kedy boli zistené.

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

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