

POISTENÁ OSOBA

Titul	Dátum narodenia	<input type="text"/>	Rodné číslo
Meno			Priezvisko
Trvalý pobyt - ulica			Orientačné číslo
Mesto / Obec			PSČ
Telefón / Mobil			E-Mail

Poistné plnenie žiadam poukázať na účet:

Korešpondenčná adresa
(ulica, číslo popisné, PSC, mesto/obec)

Priložte prosím, kópiu občianskeho preukazu alebo pasu poistenej osoby, resp. jej zákonného zástupcu z dôvodu overenia totožnosti pred prípadným vyplatením poistného plnenia.

ÚDAJE O ZÁKONNOM ZÁSTUPCOVI MALOLETÉHO POISTENÉHO/POISTNÍKA

Meno	Telefón / Mobil
Priezvisko	E-Mail
Korešpondenčná adresa (ulica, číslo popisné, PSC, mesto/obec)	

ROZSAH TRVALÝCH NÁSLEDKOV PO ÚRAZE

Dokument môže vypísať iba ošetrojúci lekár - špecialista, ktorý nie je v príbuzenskom vzťahu s poistenou osobou.

Diagnóza úrazu:

Pacient/klient je: Pravák Ľavák

Nastal úraz následkom požitia alkoholu, alebo iných návykových či toxických látok? Áno Nie

Ak áno uveďte druh látky:

Bola poranená časť tela/orgán poškodená už pred úrazom? Áno Nie

Ak áno, uveďte rozsah poškodenia:

Uveďte druh a rozsah trvalých následkov. Pri určovaní rozsahu obmedzenia pohybov v kĺboch uvádzajte vždy v porovnaní so zdravou končatinou (v prípade jaziev uveďte presný rozmer a charakter):

Je liečba úrazu ukončená a stav trvalých následkov ustálený? Áno Nie

Dátum podpisu a podpis poistenej
osoby/zákonného zástupcu

Dátum podpisu, podpis a pečiatka
ošetrojúceho lekára

LEKÁR

Vážená pani doktorka/Vážený pán doktor, uvedené informácie sú potrebné k úplnému posúdeniu nároku na poistné plnenie. Za presné a úplné vyplnenie tohto dotazníka Vám vzniká nárok na odmenu vo výške 5 €.

V prípade neuvedenia kompletných údajov alebo nedoloženia požadovanej dokumentácie, zaniká právo na vyššie uvedenú odmenu.

Meno a priezvisko

Číslo účtu