

Vyhlásenie osoby uplatňujúcej si nárok

Pozor - neprehradiť!!! Odpovedzte, prosím, na všetky otázky v tomto vyhlásení. Ak na niektorú otázku neviete odpovedať, výslovne to uveďte. V prípade nedostatku miesta napíšte, prosím, odpoveď na čistý list a priložte ho k formuláru. Vyplnené vyhlásenie spolu so **všetkými lekárskymi správami** a ostatnými dokumentami týkajúcimi sa poisťného hlásenia doručte čo najskôr poisťiteľovi (prostredníctvom poisťného poradcu) na vyššie uvedenú adresu. Úplné a včasné dokladovanie urýchli vybavenie Vašej žiadosti.

Časť A Vyplňte v každom prípade

- Meno a priezvisko poisteného (aj rodné):
- Dátum narodenia poisteného: Rodné číslo: / Číslo obč. preukazu:
- Čísla všetkých poisťných zmlúv uzavretých s našou spoločnosťou (uveďte čísla poisťiek):
- Adresa poisteného:
 - trvalého pobytu, na ktorú môže byť zaslané prípadné poisťné plnenie:
 PSC: Miesto: Ulica, č.: Tel:
 - prechodného pobytu, resp. korešpondenčná adresa:
 PSC: Miesto: Ulica, č.: Tel:
- Posledné zamestnanie:
 - názov a adresa zamestnávateľa:
 - popis pracovnej náplne:
- Uveďte meno a presnú adresu (podľa možnosti aj telefón) posledného ošetrojúceho lekára poisteného, ktorý **má v držaní zdravotnú dokumentáciu poisteného**:
- Má poistený uzavretú poisťnú zmluvu s inou poisťovňou? áno nie
 Uveďte názov poisťovne, typ poistenia a poisťnú sumu:
- Bola udalosť, ktorá je predmetom poisťného hlásenia, vyšetovaná políciou? áno nie
 Kontaktná adresa policajného oddelenia, prípadne telefón a meno vyšetrovateľa:
- Je/bol poistený práceneschopný v súvislosti s poisťným hlásením? áno nie od: do:
- Je/bol poistený v súvislosti s poisťným hlásením neschopný vykonávať akékoľvek zamestnanie? áno nie úplne čiastočne
 od: do: dôvod takejto neschopnosti:
- Uveďte dátumy lekárskeho vyšetrenia týkajúcich sa zdravotného stavu poisteného súvisiaceho s poisťným hlásením a mená a adresy ošetrojúcich lekárov poisteného:

dátum: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	vyšetrenie:
meno a adresa lekára:	
dátum: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	vyšetrenie:
meno a adresa lekára:	
dátum: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	vyšetrenie:
meno a adresa lekára:	
- Bol poistený hospitalizovaný v súvislosti s poisťným hlásením? áno nie
 od: do: dôvod hospitalizácie:
 adresa zdrav. zariadenia:
 od: do: dôvod hospitalizácie:
 adresa zdrav. zariadenia:
- Podstúpil poistený chirurgický zákrok v súvislosti s poisťným hlásením? áno nie
 dátum: chirurgický zákrok:
 meno lekára: adresa zdrav. zariadenia:
 dátum: chirurgický zákrok:
 meno lekára: adresa zdrav. zariadenia:
- Navštívil poistený v posledných troch rokoch lekára? áno nie
 dátum: dôvod vyšetrenia:
 meno lekára: adresa zdrav. zariadenia:
 dátum: dôvod vyšetrenia:
 meno lekára: adresa zdrav. zariadenia:

15. **Podrobne** popíšte súčasný zdravotný stav poisteného v súvislosti s poisťným hlásením:

