

OZNÁMENIE ŠKODOVEJ UDALOSTI v prípade priznania invalidity

Číslo škodovej udalosti: _____

Poistník Číslo poistnej zmluvy, z ktorej si uplatňujete nárok na poistné plnenie:

Priezvisko, meno, titul:	Rodné číslo:
Adresa:	Vzťah k poistenému:
E-mail:	Telefónne číslo:

Poistený

Priezvisko, meno, titul:	Rodné číslo:	
Adresa:		
Číslo ID: (doklad totožnosti)	E-mail:	Telefónne číslo:
Meno a adresa lekára, ktorý má záznamy o zdravotnom stave poisteného:		

Dátum vzniku ochorenia (prvé diagnostikovanie ochorenia), v dôsledku ktorého je poistená osoba invalidná:	Dátum úrazu, v dôsledku ktorého je poistená osoba uznaná za invalidnú:
Kedy sa po prvýkrát objavili príznaky ochorenia, resp. úrazu:	Popis príznakov:
Adresa lekára, kde ste sa pre uvedené ťažkosti liečili:	
V prípade úrazu podrobne opíšte spôsob a okolnosti vzniku úrazu:	
Popis poranenia:	
Vyšetřovala okolnosti vzniku úrazu polícia? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	Vznikol úraz následkom požitia alkoholu alebo iných omamných látok? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie

K uplatneniu nároku z poistenia je nutné predložiť nasledovné doklady (priložené doklady vyznačte krížikom):

- kópia záznamu o prvom diagnostikovaní ochorenia, resp. úrazu
- výmer zo Sociálnej poisťovne o priznaní invalidného dôchodku (Rozhodnutie z Ústredia Sociálnej poisťovne)
- lekárska správa z posudkovej komisie zo Sociálnej poisťovne - posudok revízneho lekára (Lekárska správa, časť Zápisnica a posudok - z pobočky SP)
- kópia lekárskej prepúšťacej správy z nemocnice
- kompletne lekárske správy z odborných vyšetrení od začiatku príznakov ochorenia, resp. úrazu
- kópia záverečného uznesenia policajného zboru (ak okolnosti vzniku úrazu vyšetřovala polícia)
- kópia identifikačného dokladu poisteného

