



OZNÁMENIE ŠKODOVEJ UDALOSTI V ÚRAZOVOM POISTENÍ

A. OSOBNÉ ÚDAJE

Poistná zmluva číslo (uvedte všetky zmluvy s AIG):	
Meno a priezvisko poisteného:	Rodné číslo:
Kontaktná adresa:	Telefón/ fax:
Zamestnanie v čase úrazu/ choroby:	Popis pracovnej činnosti:

B. ÚDAJE O ÚRAZE (vyplňte iba v prípade nárokovania si poistného plnenia dôsledku choroby)

Dátum a čas úrazu:	Miesto vzniku úrazu:
Okolnosti vzniku úrazu (uvedte podrobne ako a pri akej činnosti k úrazu došlo):	
Boli okolnosti úrazu vyšetované? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	Kým?
Mená a adresy svedkov:	
Nastal úraz pri športovej činnosti? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	Druh športu: <input type="checkbox"/> Rekreačný šport <input type="checkbox"/> Profesionálny šport
Názov športovej organizácie:	Registrácia od: do: Účasť na súťažiach:
Ktorá časť tela bola poškodená? U párových orgánov: <input type="checkbox"/> ľavá <input type="checkbox"/> pravá	
Bola postihnutá už pred úrazom? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	Ako?

C. ÚDAJE O CHOROBE (vyplňte iba v prípade nárokovania si poistného plnenia v dôsledku choroby)

Charakteristika ochorenia : (uvedte z titulu akého ochorenia si nárokujete poistné plnenie)	
Trpeli ste týmto ochorením už v minulosti? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	
Kedy bolo ochorenie diagnostikované (prvé príznaky ochorenia):	
Bolo ochorenie klasifikované ako choroba z povolania? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	

D. ÚDAJE O ZDRAVOTNOM STAVE

Bol Vám priznaný invalidný dôchodok? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	Kedy?	Z akého dôvodu?
Ak poberáte invalidný dôchodok k oznámeniu o škode v úrazovom poistení priložte prosím čitateľnú fotokópiu rozhodnutia o priznaní invalidného dôchodku z Ústredia sociálnej poisťovne (vrátane percentuálneho určenia poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť).		

E. ÚDAJE O OPRÁVNENEJ OSOBE (vyplňte v prípade smrti poisteného)

Meno a priezvisko :	Vzťah k poistenému:	Rodné číslo:
Kontaktná adresa :		Telefón:

F. VÝPLATA POISTNÉHO PLNENIA

<input type="checkbox"/> Poukážete na účet č.:		Kód banky:	
IBAN:		BIC/SWIFT:	
Názov a adresa banky:			
<input type="checkbox"/> Zašlite na adresu :			

AIG Europe Limited, s registrovaným sídlom The AIG Building, 58 Fenchurch Street, London EC3M 4AB, United Kingdom, spoločnosť je registrovaná v Anglicku a Walese, číslo spoločnosti: 01486260 a koná na Slovensku prostredníctvom svojej organizačnej zložky AIG Europe Limited, pobočka poisťovne z iného členského štátu; sídlo pobočky je AC Diplomat, Palisády 29, 811 06 Bratislava, Slovenská republika, IČO: 47 241 128; pobočka je zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel Po, vložka číslo 2126/B. AIG Europe Limited má oprávnenie na výkon svojej činnosti od Prudential Regulation Authority so sídlom 20 Moorgate, Londýn EC2R 6DA, Spojené kráľovstvo.

Poskytnutím Vašich Osobných informácií spoločnosti AIG v súvislosti s Vaším nárokom a Vaším podpisom súhlasíte so zhromažďovaním a spracovaním (ako aj použitím a sprístupnením) Vašich Osobných informácií tak ako je popísané v týchto Pravidlách ochrany súkromia - k dispozícii na www.aigpoistenie.sk/sk-vseobecne-pravidla-ochrany-sukromia alebo na požiadanie. Konkrétne súhlasíte s medzinárodným prenosom Vašich Osobných informácií. Súhlasíte s tým, že neposkytnete Osobné informácie o žiadnej inej osobe bez jej povolenia.

Prehlasujem, že som všetky otázky zodpovedal(a) pravdivo a úplne a že som si vedomý(á) dôsledkov nesprávnych odpovedí na povinnosť poisťovne plniť. Súhlasím, aby si AIG Europe Limited, pobočka poisťovne z iného členského štátu vyžiadala všetku potrebnú zdravotnú dokumentáciu o mojom lečení a zdravotnom stave podľa potreby likvidácie poistnej udalosti.

V	dňa:	Podpis:
---	------	---------

LEKÁRSKA SPRÁVA

Meno a priezvisko:

Dátum narodenia:

Diagnóza a podrobný popis telesného poškodenia spôsobeného úrazom/ chorobou:

Spôsob liečby:

Trpel poistený týmto, alebo súvisiacim ochorením v minulosti? áno nie

Kým, kedy bolo diagnostikované, ako a kde prebehla liečba?

Hospitalizácia (od – do, zdravotnícke zariadenie, oddelenie):

Doliečenie (PN, od – do):

Poranený je: ľavák pravák

Bola poranená časť tela postihnutá už pred úrazom? áno nie

Akým spôsobom?

Nastal úraz následkom použitia alkoholu, alebo návykových látok? áno nie Akých?

Bol za týmto účelom vykonaný odber krvi? áno nie

Bola v krvi zistená prítomnosť alkoholu? áno nie V akej výške?

Bolo príčinou úrazu úmyselné sebapoškodenie? áno nie

Predpokladáte, že úraz zanechá trvalé následky? áno nie

V akom pravdepodobnom rozsahu?

Iné oznamy lekára:

Potvrdzujem, že údaje v LEKÁRSKEJ SPRÁVE súvisia s osobou uvedenou na opačnej strane formulára OZNÁMENIE ŠKODY.

V _____ dňa

Adresa zdravotníckeho zariadenia, meno lekára, IČO, telefón:

pečiatka a podpis lekára

Vyplnený formulár oznámenia škody a potrebné dokumenty (kópiu protokolu o dopravnej nehode, kópiu lekárskej správy/ prepúšťacej správy z nemocnice, úradne overenú kópiu úmrtného listu, kópiu dokladu preukazujúcu totožnosť oprávnenej osoby, kópiu dokladu o PN) prosíme zaslať na adresu:

[AIG Europe Limited, pobočka poisťovne z iného členského štátu, oddelenie likvidácie škôd, AC DIPLOMAT, Palisády 29, 811 06 Bratislava, Slovenská republika.](#)

V prípade akýchkoľvek otázok nás kontaktujte priamo na tel. č.: + 421 2 5910 2111, fax: + 421 2 5910 2180 alebo emailom na skody.sk@aig.com.

Ak nebudú informácie predložené poisťiteľovi dostatočné, môže si poisťovateľ vyžiadať ďalšie informácie a podklady.

AIG Europe Limited, pobočka poisťovne z iného členského štátu uhradí poplatky za vypracovanie tejto lekárskej správy po zaslaní príslušnej faktúry.